1600-34992

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

473

Année 1905 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 18 Juillet 1905, à 1 heure de l'après-midi

PAR

VICTOR NICAISE
Né à Paris le 30 Novembre 1871
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Secrétaire de la Société française d'Histoire de la Médecine
Membre adjoint de la Société anatomique

Des indications et de la valeur thérapeutique de la néphrectomie dans le traitement du kyste hydatique du rein (néphrectomie totale et néphrectomie partielle)

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. BLANCHARD et DE LAPERSONNE, professeurs ;
M. SCHWARTZ, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108
—
1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.
AUVRAY.
BALTHAZARD.
BRANCA.
BESANÇON.
BRINDEAU.
BROCA (André).
CARNOT.
CLAUDE.
CUNÉO.
DEMELIN.

MM.
DESGREZ.
DUPRÉ.
DUVAL.
FAURE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
JEANSELME.
LABBE.
LANGLOIS.

MM.
LAUNOIS.
LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE.
MACAIGNE.
MAILLARD.
MARION.
MAUCLAIRE.
MÉRY.

MM.
MORESTIN.
POTOCKI.
PROUST.
RENON.
RICHAUD.
TESSIER.
THIROLOIX.
VAQUEZ.
WALLICH.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ÉDOUARD NICAISE

(1838-1896)

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ANCIEN MEMBRE DU CONSEIL DE SURVEILLANCE
DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
MEMBRE HONORAIRE ET ANCIEN PRÉSIDENT DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LAENNEC
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON EXCELLENTE MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

ANDRÉ NICAISE

(1875-1892)

A MA TANTE

MADAME CAMUS-NICAISE

A MON COUSIN

LE GÉNÉRAL DE DIVISION GODART

EX-COMMANDANT DE CORPS D'ARMÉE
GRAND-OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES ILLUSTRES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

MEMBRE DE L'INSTITUT
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Mon président de thèse
Internat (1902-1903)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUCHARD

MEMBRE DE L'INSTITUT
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES AUTRES MAITRES D'INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Internat (*1901-1902*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEJARS

Internat (*1900-1901*)

A LA MÉMOIRE

DU DOCTEUR GINGEOT

Internat (*1899-1900*)

A mes autres Maîtres, membres de mon Jury de thèse.

M. le Professeur BLANCHARD.
M. le Professeur DE LAPERSONNE.
M. le Professeur agrégé SCHWARTZ.

A nos autres Maîtres, et à ceux que nous désirons remercier de la bienveillance toute particulière qu'ils nous témoignèrent.

M. le Professeur BLANCHARD.
M. le Professeur SEGOND.
M. le Professeur TERRIER.
M. le Professeur agrégé ALBARRAN.
M. le Professeur agrégé DELBET.
M. le Professeur agrégé DUGUET.
M. le Professeur agrégé LAUNOIS.
M. le Professeur agrégé LEGUEU.
M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE.
M. le Professeur agrégé MONOD.
M. le Docteur FÉLIZET, Chirurgien des Hôpitaux.
M. le Docteur LE GENDRE, Médecin des Hôpitaux.
M. le Docteur POTHERAT, Chirurgien des Hôpitaux.

A LA MÉMOIRE

DU DOCTEUR GÉRARD MARCHANT

Aux Maitres qui nous ont fait le grand honneur de nous communiquer des documents inédits pour notre mémoire sur les kystes hydatiques des reins.

M. le Professeur agrégé ALBARRAN.
M. le Docteur BATAILLE, de Rouen.
M. le Professeur BIRD, de Melbourne.
M. le Professeur BLOCH, de Copenhague.
M. le Professeur H. BUTLIN, de Londres.
M. le Professeur ANDREA CECCHERELLI, de Parme.
M. le Docteur CHANDELUX, de Lyon.
M. le Professeur CRANWELL, de Buenos-Ayres.
M. le Professeur CRIVELLI, de Melbourne.
M. le Docteur DENIS, de Dreux.
M. le Professeur DÉVÉ, de Rouen.
M. le Docteur DOWELL, de Galitzdorf (Cape Colony).
M. le Professeur E.-H. FENWICK, de Londres.
M. le Docteur FONTAN, de Toulon.
M. le Professeur HOCHENECG, de Vienne.
M. le Professeur LE DENTU.
M. le Professeur agrégé LEGUEU.
M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE.
M. le Docteur PERCY FURNIWALL, de Londres.
M. le Professeur agrégé PEYROT.
M. le Docteur POTHERAT.
M. le Docteur POULIOT, de Poitiers.
M. le Docteur RÉCAMIER.
M. le Professeur HENRI ROGER.
M. le Professeur SEGOND.
M. le Docteur SENDLER, de Magdebourg.
M. le Professeur SUAREZ DE MENDOZA, de Madrid.
M. le Docteur LUDWIG VON SCHWARDA, de Vienne.
M. le Professeur TÉDENAT, de Montpellier.
M. le Professeur TERRIER.

A ceux qui ont bien voulu nous aider dans nos recherches et nous communiquer des documents qui étaient introuvables dans les bibliothèques publiques de Paris.

M. le Professeur agrégé ALBARRAN.

M. le Docteur ALLÉMAN, *Bibliothécaire à la Library of the Surgeon General's Office U. S. Army.*

M. le Docteur BÉLA IMRÉDY, de Buda-Pest.

M. le Professeur BLOCH, de Copenhague.

M. le Professeur BOECKEL, de Strasbourg.

M. le Professeur BRAUN, de Göttinguen.

M. le Professeur H. BUTLIN, de Londres.

M. le Docteur CARLETON CHASE, de Fort Worth (Texas U. S.).

M. le Surgeon-Major, WALTER D. M. CAW, *Bibliothécaire en chef de la Library of the Surgeon General's Office U. S. Army.*

M. le Professeur ANDREA CECCHERELLI, de Parme.

M. le Professeur CERASI, de Rome.

M. le Professeur CRANWELL, de Buenos-Ayres.

M. le Docteur DEAHNA, de Stuttgart.

M. le Professeur DÉVÉ, de Rouen.

M. le Professeur E.-H. FENWICK, de Londres.

M. le Professeur FRIEDRICH, de Greifswald.

M. le Docteur D. GEDDINGS, *Assistant-Surgeon General Public Health and Marine Hospital Service U. S.*

M. le Docteur GOLDING BIRD, de Londres.

M. GÜTRING, *Bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Strasbourg.*

M. le Professeur agrégé HÉRESCO, de Bucarest.

M. le Professeur KÜSTER, de Marburg.

M. le Docteur LEVÈQUE, de Reims.

M. le Professeur LEONTE, de Bucarest.

M. le Professeur MARTIN, de Greifswald.

M. Alphonse MORELLET, interne des hôpitaux de Poitiers.

M. le Docteur PERRY FISHER, de Philadelphie.

M. le Professeur PEIPER, de Greifswald.

M. le Docteur POULIOT, de Poitiers.

M. le Docteur PUPOVAC, de Vienne.

M. le Professeur SCHATZ, de Rostock.

M. le Docteur LUDWIG VON SCHMARDA, de Vienne.

M. le Docteur SEGEL, de Vienne.

M. le Docteur STEFANESCU-GALATZ de Bucarest.

M. le Docteur STEKOULIS, de Constantinople.

M. le Docteur STINSON, de Shermann (Texas, U. S.).

M. le Professeur TÉDENAT, de Montpellier.

A la Bibliothèque de l'Université de Strasbourg.

Aux Rédacteurs du Provincial and Medical Journal, *Leicester.*

*Aux Rédacteurs de l'*Orvosi Helilap, *Buda-Pest.*

Aux Rédacteurs du Virginia Medical, *Richmond (U. S.).*

Au Secrétaire de la Société de Médecine du Grand-Duché de Luxembourg.

A ceux dont les recherches furent infructueuses, mais qui nous firent l'honneur de prendre intérêt à notre travail.

M. le Professeur Bier, de Bonn.
M. le Professeur Dollinger, de Buda-Pest.
M. le Professeur Hache, de Beyrouth.
M. le Professeur Peter Poppert, de Giessen.
M. le Professeur Tillmann, de Cologne.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesepourledocto0000vict

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de mes études médicales, je dois commencer par rendre un pieux hommage à la mémoire de mon Père ; je dois le remercier des exemples qu'il m'a donnés, et du goût qu'il m'a inculqué pour le travail. L'ensemble de ces recherches lui appartient en quelque sorte ; elles nous furent suggérées, par le rapport qu'il fit à la Société de Chirurgie en 1884 sur les kystes hydatiques du bassin, à l'occasion d'une observation du Dr Millet ; d'autre part, si nous avons pu mener à bonne fin ce long et pénible labeur, c'est grâce à la méthode qu'il nous a enseignée.

Nous devons remercier aussi d'une façon toute particulière MM. les Professeurs Bouchard et Guyon. M. le Professeur Bouchard, en toutes circonstances, nous témoigna l'intérêt le plus affectueux, et fut pour nous un bien précieux conseiller. Quant à M. le Professeur Guyon, nous lui devons le peu que nous savons en chirurgie urinaire, et que nous apprîmes quand nous eûmes le grand honneur d'être son interne dans son incomparable service de l'Hôpital Necker. De plus, M. le Professeur Bouchard et M. le Professeur Guyon ont bien voulu accepter la dédicace de l'ouvrage, dans lequel nous consignerons l'ensemble de nos recherches sur l'échinococcose dans les organes urinaires. Pour tous ces motifs, pour tout ce que nous leur devons, pour l'intérêt si grand qu'ils nous témoignèrent toujours, nous assurons MM. les Professeurs Guyon et Bouchard de notre plus vive reconnaissance et de notre plus profond respect.

M. le Professeur Terrier nous témoigna aussi le plus grand intérêt en maintes circonstances, et nous donna maints conseils précieux. Nous l'assurons également de notre plus vive reconnaissance, et de notre plus profond respect.

Nous devons remercier aussi bien vivement M. le Professeur Le Dentu, et M. le D^r^ Lejars, dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne, et dans les beaux services desquels nous apprîmes les principes de la chirurgie générale.

Nous avons également une grande dette de reconnaissance à l'égard de M. Albarran, qui fut pour nous un guide bien utile dans l'exécution de ce travail. Nous l'assurons, ainsi que M. le Professeur Le Dentu et que M. le D^r^ Lejars, de notre très respectueuse reconnaissance.

Le k. hydat. du rein représente une des localisations les plus rares et les plus curieuses de l'échinococcose. Ce chapitre si spécial et si particulier de la pathologie et de la chirurgie rénales, intéressant dans le moindre de ses détails, est de notre part l'objet de recherches qui durent depuis près de deux ans. Nous avons recueilli 357 observations de cette rarissime affection, publiées en 9 idiomes différents [1]; nous apportons près de 50 cas inédits, et 147 observations étrangères, non encore traduites dans notre langue, absolument inconnues à notre littéra-

1. Ces cas proviennent : 118 de France, 51 d'Angleterre, 45 d'Allemagne, 40 de l'Argentine, 20 de Russie, 17 d'Australie, 13 d'Italie, 11 des États-Unis, 8 d'Autriche, 8 de Danemark, 7 d'Espagne, 3 du Cap, 3 du Canada, 2 de Hongrie, 2 de Roumanie, 1 de Grèce, 1 de l'Herzégovine, 2 de Pologne, et 1 de Turquie. Un certain nombre d'observations ne peuvent être classées, relativement à leur pays d'origine : il s'agit notamment de cas écrits en latin, ou rapportés de seconde main. Cette ignorance dans laquelle on se trouve parfois au sujet d'un fait aussi simple peut paraître extraordinaire, mais c'est pourtant la réalité. Nous apportons d'autre part deux cas personnels.

De plus trois enquêtes sont actuellement en cours pour la recherche de cas inédits, dans la Prusse-Orientale, sous la direction du Professeur Friedrich de Greifswald; en Australasie, sous la direction du Professeur Crivelli de Melbourne; et dans l'Argentine, sous la direction du Professeur Cranwell de Buenos-Ayres.

ture médicale. De plus, un nombre considérable de ces documents n'ont été colligés dans aucun mémoire antérieur.

Nous réservons l'ensemble de ces observations pour un ouvrage complet sur cette question qui paraîtra d'ici très peu de temps[1]. Dans notre thèse inaugurale, nous ne nous occuperons que du traitement, et même que d'un point particulier du traitement, à savoir des indications et de la valeur de la néphrectomie dans le k. hydat. du rein. Mais, ainsi que le lecteur pourra en juger plus loin, l'intérêt pratique de ce chapitre est considérable, et il méritait bien de faire l'objet d'un mémoire séparé.

Chemin faisant, nous comparerons la néphrectomie aux autres méthodes de traitement actuellement en usage. En réalité, nous nous occuperons donc du traitement chirurgical du k. hydat. du rein, mais par rapport à la néphrectomie. Nous publions, dans ce présent mémoire, toutes les observations que nous avons recueillies, concernant des cas de k. hydat. du rein traités par néphrectomie.

Comme le choix de ces diverses méthodes chirurgicales doit varier essentiellement suivant les lésions que présente le rein, nous débuterons par un chapitre d'anatomie pathologique, assez résumé du reste. Pour toutes les autres questions relatives à cette si rare et si intéressante localisation de l'échinococcose, nous renvoyons le lecteur à notre ouvrage complet, qui comptera de 750 à 800 pages, et renfermera tous les documents relatifs à la question.

Ces recherches nous ont été suggérées par un mémoire de mon père sur les k. hydat. du bassin, publié dans les

1. Nous traiterons dans cet ouvrage, non seulement des kystes hydatiques développés dans le rein, mais aussi des kystes hydatiques siégeant dans d'autres organes que le rein, et communiquant cependant avec les voies urinaires. L'ensemble des observations insérées dans cet ouvrage s'élèvera à près de 500.

Bulletins de la Société de Chirurgie de 1884. Nous voulions primitivement étendre notre sujet à tous les k. hydat. intéressant l'appareil génito-urinaire, mais nous avons dû scinder notre travail, et les quelques centaines d'observations de k. du bassin que nous avons recueillies au cours de nos recherches, et dont bon nombre présentent un très grand intérêt, feront l'objet d'un second volume qui paraîtra ultérieurement, et qui est également à l'heure actuelle en cours de préparation.

Nous ferons remarquer au lecteur le soin tout particulier que nous avons apporté à notre documentation ; notre bibliographie est aussi exacte que possible, et nous nous sommes attaché à ne consulter les observations que dans les textes originaux, ceci du reste au prix des difficultés les plus grandes. Toutes les fois que nous avons dû nous contenter d'une référence secondaire, nous l'indiquons toujours, et nous déclinons alors toute responsabilité quant à l'exactitude du document. Les stupéfiantes erreurs que nous relevâmes à maintes reprises, justifient amplement cette prudente réserve. La traduction des observations étrangères a été particulièrement soignée ; nous avons été aidé dans ce long et délicat travail par nos excellents amis, Marcel Fay et Ciuciu, externes des hôpitaux, qui ont été pour nous de très précieux et inlassables collaborateurs : M. Fay nous a aidé dans la traduction des documents de langue anglaise, et M. Ciuciu dans la traduction des documents de langue allemande. En outre notre ami le Dr Kendirjy a vérifié les passages les plus difficiles de nos traductions italiennes. Notre bon ami le Dr Guibé s'est chargé des observations russes. Les cas roumains ont été traduits par M. Ciuciu, et les cas hongrois, en partie par le Dr Rosenbaum de Paris, et en partie par l'intermédiaire de MM. Ciuciu et Guibé ; il est particulièrement difficile de trouver des traducteurs pour le hongrois. Nous avons été aidé par le Dr Bjerke de

Stockholm pour les observations de langue danoise; cet idiome présente du reste beaucoup d'affinité avec l'allemand. Nous avons traduit nous-même les documents espagnols, et quelques très rares observations écrites en latin.

La traduction d'un document étranger est chose particulièrement délicate, surtout quand il s'agit d'un document scientifique, qui doit être traduit avec la plus grande précision et minutie. Il est très difficile de rendre exactement la pensée d'un auteur, et de la transposer en même temps en un français absolument correct; on se heurte souvent à d'insurmontables difficultés qui ne sont pas toujours d'ordre grammatical, syntaxique ou lexicologique, mais qui résultent parfois du fait que les auteurs écrivent mal. Très embarrassé par plusieurs observations allemandes, nous les montrâmes à un confrère allemand, homme très instruit et distingué, qui ne comprit lui-même qu'avec une certaine difficulté. Il nous est du reste arrivé de parcourir des textes français, qui étaient également capables d'exercer la sagacité de savants étrangers pendant de longs instants.

Les observations telles que nous les présentons sont forcément résumées; mais nous n'avons supprimé que les répétitions, les considérations, les remarques personnelles, et les détails qui n'avaient vraiment rien à faire avec l'affection en question. Nous avons conservé tout ce qui était susceptible d'être intéressant, au point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie, du diagnostic, de l'anatomie pathologique et du traitement. Le lecteur peut consulter nos observations avec la même confiance que s'il s'agissait des pièces originales; du reste un très grand nombre de nos documents sont en réalité rapportés in-extenso, à deux ou trois phrases près. Notamment ceux dont la recherche nous a présenté de grandes difficultés, et ceux qui sont écrits dans des langues étrangères, de lecture difficile et peu courante.

Nous remercions bien vivement tous ceux qui nous ont aidé à recueillir ces observations, dont bon nombre restèrent introuvables à Paris. Nous devons remercier tout particulièrement les savants allemands, qui, avec une inlassable complaisance et une amabilité sans borne, répondirent toujours à nos demandes. Nous avons aussi une grande dette de reconnaissance envers le Professeur Cranwell de Buenos-Ayres, auquel nous devons un grand nombre de cas inédits, et qui nous a donné de très précieux conseils. Le Professeur Bloch de Copenhague, le Professeur Bœckel de Strasbourg, le Professeur Ceccherelli de Parme, le Professeur Fenwick de Londres, le Professeur Tédenat de Montpellier, qui nous donnèrent communication d'importants documents, — le Surgeon-Major Walther D. M. Caw, qui à notre demande fit des recherches dans l'incomparable bibliothèque du Surgeon-General's Office U. S. Army, bibliothèque médicale la plus considérable du monde, qu'il dirige avec une si rare compétence, — M. Güting, bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Strasbourg, qui, à la demande du Professeur Bœckel, nous fit le prêt de nombreux volumes, ont droit également à toute notre reconnaissance. Nous devons aussi remercier vivement notre excellent ami, le Dr Dévé, Professeur suppléant à l'École de Médecine de Rouen, l'auteur des remarquables travaux sur l'échinococcose, que tous nos lecteurs connaissent, qui nous donna nombre d'utiles renseignements.

Nous adressons nos vifs remerciements aux Bibliothécaires de la Faculté de Médecine de Paris, pour le concours qu'ils nous ont toujours aimablement prêté.

Nous remercions notre excellent ami, M. Paul Delaunay, interne des hôpitaux, qui nous aida à plusieurs reprises, au cours de nos recherches.

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On désigne sous le nom de Kyste Hydatique une production parasitaire enkystée, représentant la phase vésiculaire d'un Cestode, le Tænia Echinococcus, qui dans sa forme rubanée a pour habitat l'intestin du chien. Le Kyste Hydatique, qui est du reste commun à l'homme et à diverses espèces animales, se comporte vis-à-vis des organes dans lesquels il s'est développé à la façon d'un corps étranger vivant et actif, et dont l'accroissement progressif n'est souvent limité que par la résistance des tissus et viscères environnants [1].

Nous rappelons pour mémoire que les Cestodes sont divisés en sept classes; l'Echinocoque [2] fait partie de celle des Tæniadés. Raillet donne de ce parasite la description suivante [3] : « Très petit ver, long de 2 millimètres à 2 mm. 5, n'atteignant que très exceptionnellement 6 mm. 5. Tête petite, subglobuleuse, large à peine de 0 mm. 3, rostre saillant, armée d'une double couronne de 28 à 50 crochets, peu différents dans les deux rangées, et tous à garde et à manche très épais. Les grands, longs de 22 à 30 μ (40 à 50 μ Leuckart); les petits,

1. Nous empruntons les détails zoologiques de ce chapitre au traité classique de Raillet sur la *Parasitologie médicale et agricole*, au traité non moins classique de Blanchard sur la *Zoologie médicale*, à l'excellent livre publié tout récemment par Devé sur *Les k. hydat. du foie*, et à la remarquable thèse du même auteur sur l'*Echinococcose secondaire*.

2. *Synonymes du Tænia Echinococcus*, d'après le Prof. Blanchard .

T. cateniformis (cucumerina Bloch) Rudolphi 1810
T. crassicolis Diesing 1851
Terratas Roll, 1852 (nec Göze 1782)
T. serrata Rölli Kuchenmeister
T. nana Van Beneden (nec Bilharz et v. Siebold 1893)
Echinococcifer echinococcus Weinland 1861.

Historique. — Le T. echinococcus fut d'abord considéré comme la forme jeune d'autres espèces, T. serrata, T. cucumerina. En 1860, Van Beneden le reconnaît pour une espèce distincte, et quelques années plus tard v. Siebold le développa en faisant ingérer à des chiens des échinocoques du mouton (Blanchard).

3. Raillet, *loc. cit.*, p. 258.

longs de 18 à 22 μ (28 à 30 μ Leuckart). La tête se rétrécit en arrière en forme de cou, et se trouve suivie d'une courte chaîne composée de 3 ou 4 anneaux, dont le dernier mesure environ 2 millimètres de long sur 0 mm. 6 de large, et montre un utérus formé d'un tronc médian pourvu de plusieurs branches latérales, courtes, peu ramifiées. Embryophores légèrement ovoïdes, longs de 32 à 36 μ, larges de 25 à 30. Ce ver habite dans la première partie de l'intestin grêle du chien, la tête fixée entre les villosités, de sorte qu'on aperçoit seulement les anneaux murs, de teinte blanchâtre. »

Ce Tænia se rencontre également dans l'intestin grêle du chacal et du loup. Quant aux Kystes Hydatiques ils ne sont nullement propres à l'homme; on les observe aussi et avec une grande fréquence, chez le mouton, le bœuf et le porc, localisés surtout dans le foie et le poumon; ils sont plus rares chez le chien, le chat, l'ours, les rongeurs, le cheval et l'âne; on peut les rencontrer aussi chez le zèbre, le chameau, le dromadaire, la girafe, l'élan et le kangourou; ils ne semblent pas exister chez les oiseaux.

Tous nos lecteurs savent comment l'échinocoque se transmet du chien à l'homme. Le dernier des anneaux de ce tænia, renfermant plusieurs milliers d'embryons ou d'œufs, *embryons hexacanthes*, rendu avec les déjections du chien, se détruit et laisse ces œufs en liberté. Ceux-ci s'attachent alors aux légumes et aux herbes des pâturages, et deviennent susceptibles d'être avalés par l'homme, ou par un herbivore. La paroi de l'œuf est très épaisse. Mais elle se ramollit dans l'intestin, et met à nu l'embryon. Ce dernier muni de ses 6 spicules aigus, ou bien perfore les tissus, ou bien est entraîné à la façon d'une embolie, par le sang de la veine porte; dans certains cas il emprunte, peut-être, la voie des lymphatiques. Il pénètre ainsi dans les organes, notamment dans le foie, qui est la halte toute désignée. Introduit dans un viscère, il perd ses crochets, sécrète autour de lui une membrane dans laquelle il s'enkyste *membrane cuticulaire*; quant à l'embryon, il se transforme en une deuxième membrane, *membrane germinative*, contenue d'une part à l'intérieur de la précédente, et limitant d'autre part une cavité dans laquelle s'accumule

du liquide, *liquide hydatique*. Le k. augmente assez lentement de volume; au cours de la 19e semaine, il présente les dimensions d'une noix.

La maladie hydatique ou échinococcose constitue une des notions les plus fréquentes de la pathologie : or comme les médecins et les chirurgiens ne se souviennent pas toujours très bien de la valeur précise des termes techniques de la parasitologie, il leur arrive très souvent de détourner ces expressions de leur sens primitif. C'est précisément ce qui est arrivé pour le Kyste Hydatique.

Dans le langage chirurgical courant, on désigne sous le nom de Kyste Hydatique l'ensemble anatomo-pathologique constitué de la façon suivante, à savoir :

1° D'une membrane, molle, élastique, translucide, tremblotante, d'aspect gélatineux, d'épaisseur variable, pouvant dans certains cas dépasser un centimètre, présentant la consistance de l'albumine mal cuite; feuilletée, et constituée d'un nombre plus ou moins considérable de lamelles concentriques, d'une substance amorphe, de nature chitineuse, et d'autant plus nettes et minces qu'elles sont plus internes. Il s'agit de la MEMBRANE CUTICULAIRE, produit de sécrétion de l'embryon hexacanthe. Elle présente à sa face externe de délicates crevasses s'entre-croisant en tous sens; il semblerait que les couches cuticulaires les plus externes se soient gercées plutôt que de se laisser distendre davantage. Cette *cuticule* est de nature chitineuse; elle varie suivant l'âge du k. non seulement au point de vue de ses réactions, mais aussi quant à sa composition élémentaire. Elle se renouvelle; il se forme, au contact de la *membrane germinative*, de nouveaux feuillets, au fur et à mesure que les assises les plus externes s'exfolient.

Cette *cuticule* est doublée intérieurement d'une mince membrane granuleuse et nucléée, la MEMBRANE GERMINATIVE ou FERTILE. L'ensemble de la *cuticule* et de la *membrane germinative* représente la VÉSICULE-MÈRE. On constate à l'œil nu d'innombrables petits grains blancs, appendus à la face interne de la *membrane germinative*, qui prend de ce fait un aspect villeux : c'est le SABLE ÉCHINOCOCCIQUE, qui

se détache à la moindre secousse, tombant dans le point le plus déclive de la poche. Dans ce sable, on trouve au microscope des vésicules extrêmement petites et fragiles, CAPSULES PROLIGÈRES, renfermant chacune un nombre variable et parfois considérable de SCOLEX, ou têtes de tænias, munies de leur double couronne de CROCHETS et de leurs 4 ventouses; ces têtes de tænias sont habituellement rétractées et invaginées. Dévé a compté jusqu'à *120 scolex* dans une *capsule proligère.*

On trouve très fréquemment, dans le liquide du kyste, des *scolex isolés*; ils proviennent de la rupture de capsules proligères. Mais il faut bien avoir présent à l'esprit qu'il n'y a *jamais de scolex sans vésicule proligère, ni de vésicule proligère sans scolex.* De même on peut trouver dans le liquide du kyste des *crochets isolés*, provenant de scolex dont la vitalité a été diminuée et altérée. Le nombre des scolex renfermés dans un Kyste Hydatique est considérable : c'est ainsi que Dévé a compté *400 000 petites têtes* dans un centimètre cube de sable échinococcique.

2° D'un liquide contenu à l'intérieur de la *vésicule-mère*, LIQUIDE HYDATIQUE, généralement clair, transparent, *eau de roche*, quelquefois légèrement jaunâtre, dans lequel nagent le *sable échinococcique*, les *capsules proligères*, les *scolex* et les *crochets*, ainsi que des vésicules plus petites, qui présentent absolument les mêmes caractères, la même structure et le même contenu que la grande vésicule, dont elles sont en quelque sorte des réductions, et qu'on désigne sous le nom de VÉSICULES-FILLES. Ces vésicules-filles peuvent renfermer à leur tour des vésicules semblables, VÉSICULES-PETITES-FILLES. Dans la grande vésicule, la présence de *sable*, de *capsules proligères*, de *scolex* et de *crochets* est chose constante; la présence de *vésicules-filles* ne l'est pas. Si les *vésicules-filles* sont absentes, il s'agit d'un KYSTE UNIVÉSICULAIRE; dans le cas contraire d'un KYSTE MULTIVÉSICULAIRE. Ces deux expressions sont évidemment préférables à celles de k. uniloculaire, et de k. multiloculaire, qui sont en réalité vides de sens, et à celle de k. fertile par laquelle on désigne souvent la deuxième variété; ce dernier terme est

absolument impropre, attendu que tous les kystes sont fertiles[1].

Le poids spécifique de ce *liquide hydatique* varie de 1,009 à 1,015; son point cryoscopique oscille entre — 0°,53 et — 0°,70; il renferme 1,5 p. 100 de sels inorganiques, constitués pour la moitié de chlorure de sodium, et pour le reste surtout de phosphate et de sulfate de soude. Claude Bernard y reconnut le premier la présence de glycose; cette substance y fut retrouvée par Charles Bernard, Axenfeld, Lücke et Naunyn. On y trouve aussi de l'inosite, de la leucine, de la tyrosine, de l'acide succinique combiné à la chaux. Ce liquide ne se coagule pas à la chaleur, ainsi que cela fut constaté en 1684 par Reeli, et en 1697 par Dodart. Il renferme pourtant de l'albumine, dont la présence fut signalée par Naunyn, Mourson, Schlagdenhauffen; elle n'y existe du reste qu'en petite quantité, et provient du sérum sanguin. On y trouve aussi de l'hématoïdine, signalée par Jones, Leudet, Hyde Salter, Robin et Mercier, Charcot et Davaine, et par Halbran; des sels urinaires dans le cas de k. hydat. du rein, signalés par Barker; de la bile, de l'hémoglobine et du sucre dans le cas où le k. siège dans le foie. La plupart de ces substances, qui sont très diverses, ne sont point élaborées par le ver, mais proviennent du sang ou des organes voisins, par endosmose. Mais rappelons à ce propos que l'hydatide trouve en elle-même de quoi se nourrir; c'est une erreur de croire qu'elle tire du sang les éléments nécessaires à sa nutrition, par l'intermédiaire d'un réseau vasculaire périphérique, décrit par certains avec tant de complaisance. Ce liquide contient aussi des substances toxiques mal connues, qui sont cause des accidents de l'intoxication hydatique; elles ont été etudiées par Mourson et Schlagdenhauffen; le mécanisme de leur production est en réalité inconnu.

1. Le chirurgien n'a qu'à laisser tomber dans le péritoine du liquide hydatique provenant d'un kyste univésiculaire, et il verra si ce liquide, ou plutot si les scolex qui y sont renfermés ne sont pas susceptibles d'amener la greffe de nouveau kystes. — D'autre part un kyste univesiculaire peut parfaitement, à la suite d'une ponction, se transformer en kyste multivésiculaire : ceci probablement à cause des modifications de pression dans le milieu ou étaient les germes échinococciques. — Entre le k. univésiculaire et le k. multivésiculaire, *il n'y a qu'une différence d'âge.*

3° D'une zone de tissu fibreux, extérieure à la membrane-mère, qui lui adhère plus ou moins, et qui le plus souvent s'en laisse détacher avec une extrême facilité. Cette zone qui est due à la réaction, soit du parenchyme de l'organe dans lequel le k. s'est développé, soit des tissus environnants, est désignée habituellement sous les noms d'ENVELOPPE PÉRIKYSTIQUE, de TUNIQUE FIBREUSE, d'ADVENTICE, d'ECTOCYSTE. Dans un Kyste Hydatique du rein par exemple, cette zone fibreuse sera constituée de parenchyme rénal altéré, et elle se continuera sans ligne de démarcation fixe avec le parenchyme sain. Il ne s'agit nullement d'une membrane spéciale, individualisée, ainsi que certains l'ont écrit, et il n'existe aucun plan de clivage entre cette tunique fibreuse et ce reste de l'organe. Le lecteur verra plus loin l'importance fondamentale de cette remarque.

Voilà ce que, dans le langage courant, on désigne sous le nom de Kyste Hydatique. Cette conception est vicieuse ; dans l'ensemble anatomo-pathologique que nous venons de décrire sommairement, nous devons en effet distinguer deux sortes d'éléments :

1° La membrane-mère avec tout son contenu.

2° L'adventice.

Le premier de ces éléments, extérieur à l'organisme, constitue le PARASITE, et le deuxième, qui résulte de la réaction de l'organisme vis-à-vis du parasite, qui agit exactement à la façon d'un corps étranger, constitue le KYSTE PROPREMENT DIT. C'est par un abus de langage qu'on désigne sous le nom de Kyste Hydatique, l'ensemble constitué par l'adventice et tout ce qu'elle renferme. L'expression de *Kyste* doit être exclusivement réservée à l'adventice, et la membrane-mère et son contenu doivent être désignés sous le nom de *Parasite*.

Cette confusion de termes est évidemment regrettable, mais elle est encore acceptable ; du reste cette dénomination vicieuse est d'un usage tellement courant, qu'on ne peut guère espérer y remédier. Mais par contre on ne saurait trop s'élever contre l'erreur qui consiste à désigner sous le nom de Kyste, le Parasite, à l'exclusion de l'Adventice, c'est-à-dire à l'exclusion

de ce qui est véritablement le Kyste. C'est ainsi qu'il est arrivé à certains chirurgiens d'écrire qu'ils avaient enlevé le Kyste, alors qu'ils avaient tout simplement énucléé la membrane-mère. C'est de cette façon que nous avons trouvé relatées trois interventions pour Kyste Hydatique du rein, dans un cas de Grohé, et dans deux cas de Gardner; ces auteurs parlent d'extirpation du Kyste, alors qu'ils marsupialisèrent tout simplement, après ablation de la membrane-mère. La première fois que nous parcourûmes ces documents, nous ne les comprîmes pas, à cause de l'emploi vicieux du mot Kyste, et ce n'est qu'au cours d'une deuxième lecture, que nous nous rendîmes compte de ce qui constituait la difficulté d'interprétation.

Le k. hydat. du rein constitue, ainsi que nous l'avons dit au début de ce chapitre, une localisation des plus rares de l'échinococcose [1]. Le siège de beaucoup le plus fréquent est

1. Dans notre édition complète nous traiterons longuement de la fréquence comparée de l'échinococcose dans les divers organes. Nous avons dépouillé à cet effet toutes les grandes statistiques publiées jusqu'à ce jour : celles de Davaine, de Neisser, de Finsen, de Cobbold, de Madelung, d'Alexinsky, de Lyon, de Cranwell, et nous avons d'autre part réuni un nombre considérable de fiches. Ces statistiques ont souvent le tort d'être de simples travaux de bibliographie. Davaine et Neisser, par exemple, ont constitué leurs statistiques qui sont du reste fort remarquables, en compulsant des périodiques, des ouvrages, des comptes rendus de sociétés savantes. Mais avec une pareille méthode, on ne peut aboutir qu'à des résultats erronés, les cas de localisations rares étant généralement tous publiés, alors qu'on dédaigne de recueillir ceux qui ont trait à des localisations vulgaires et banales. — Mais autre chose est la statistique argentine de Cranwell et Vegas, qui est basée sur 970 cas de k. hydat. observés dans les hôpitaux de Buenos-Ayres, de 1875 à 1900. Cette statistique a une réelle valeur, attendu qu'elle repose sur l'ensemble de tous les cas d'une même région, cas qui ont été également transcrits sur les registres des hôpitaux, qu'ils fussent intéressants ou non, rares ou vulgaires. Les mêmes auteurs argentins ont tout récemment publié les résultats statistiques de 1696 cas de k. hydat. Vegas et Cranwell apportent dans leur première statistique 20 cas de k. hydat. du rein, sur un total de 970, et dans leur deuxième statistique, 96 cas sur un total de 1696. Madelung, dans sa statistique mecklembourgeoise basée sur 133 cas, a repéré 7 cas de k. hydat. du rein. Finsen, dans sa statistique islandaise, en apporte 3 cas sur un total de 176. Les résultats donnés par les autres statistiques sont sans valeur, pour la raison que nous avons indiquée plus haut.

Le pourcentage de la fréquence du k. hydat. du rein est de 1,70 dans la statistique de Finsen, — de 2,06 dans la première statistique de Vegas et Cranwell, — et de 2,10 dans la deuxième statistique des mêmes auteurs. Nous ne tenons pas compte volontairement des autres statistiques, qui ne sont plus que des travaux de compilation, même celle de Madelung, tandis que celles de Vegas et Cranwell ont été établies d'après les registres des hôpitaux de

le foie, puis vient le poumon, ensuite le cerveau et la rate, et finalement le rein; quant au k. hydat. du pancréas, il paraît encore beaucoup plus rare que celui du rein. Deux autres organes, l'ovaire et le testicule, ne sont aussi que bien exceptionnellement le siège de k. hydat. Nous sommes même d'avis que les cas de k. hydat. qui ont été rapportés comme siégeant dans ces deux glandes doivent être éliminés. Nous avons parcouru des milliers d'observations relatives à l'échinococcose, et d'autre part nous préparons un mémoire sur les k. hydat. du bassin; aussi parlons-nous de ce sujet en pleine connaissance de cause. Tout d'abord, il n'existe aucun cas indiscutable de k. hydat. du testicule; il s'agit toujours dans les observations citées comme telles, de k. siégeant dans le scrotum, dans le processus vagino-péritonéal. Ce sont des k. du péritoine, secondaires à des k. du foie, et descendus dans les bourses, grâce à la persistance du canal vagino-péritonéal. Quant aux k. hydat., dits de l'ovaire, dits de la trompe, ils sont tout aussi peu démonstratifs; ce sont le plus souvent des k. péritonéaux, secondaires également à des k. du foie, et qui ont fait effraction dans l'ovaire ou la trompe. Même remarque du reste pour les k. de la prostate. — La différenciation à établir entre les k. primitifs et les k. secondaires constitue une notion toute nouvelle et fondamentale. Mais nous devons, avant de nous occuper de cette intéressante question, examiner rapidement comment l'embryon hexacanthe chemine dans l'organisme et parvient dans le rein, et voir par quel processus le k. hydat., une fois constitué, est susceptible de proliférer.

L'embryon alors qu'il se trouve dans l'intestin et qu'il a été débarrassé de son enveloppe sous l'action du suc gastrique et du suc intestinal a le choix entre les voies suivantes :

1° Par les ramifications de la veine-porte il peut pénétrer dans le foie, où il s'arrête le plus souvent. Continuant son chemin, par les veines sus-hépatiques et la cave inférieure, il peut gagner le cœur droit et de là traverser le poumon — par

Buenos-Ayres, et alors que celle de Finsen est basée sur l'ensemble des cas de k. hydat. que cet auteur eut personnellement à traiter.

la petite circulation, revenir dans le cœur gauche, et être finalement lancé dans le torrent circulatoire par l'aorte. Cette voie qui est certainement suivie par l'embryon dans un nombre considérable de cas, explique admirablement sa localisation dans le foie, le cœur, le poumon et l'encéphale. Malheureusement elle paraît bien détournée quant il s'agit de k. du rein ;

2° L'hexacanthe peut par les chylifères gagner directement la veine sous-clavière, évitant ainsi de passer par le foie.

3° Enfin l'embryon pourrait cheminer directement à travers le tissu cellulaire.

De toutes ces voies, la première est évidemment celle qui est suivie le plus souvent. Il est difficile d'être exactement fixé sur la valeur de la seconde ; quant à la troisième elle paraît bien problématique[1].

Étudions maintenant comment l'hexacanthe gagne le parenchyme rénal. La première voie répond certainement à un grand nombre de cas. Deux documents, très remarquables, sont à ce point de vue absolument démonstratifs : 1° dans un cas rapporté par Boecker[2], on trouva au cours d'une autopsie plusieurs k. siégeant dans le myocarde, et d'autre part *dans l'artère rénale gauche une hydatide qui obstruait le vaisseau* ; 2° dans le cas de Ricard, rapporté par Lance (obs. 31), « le rein de volume presque normal, occupait le centre de la tumeur, entouré d'une véritable couronne de k., qui s'étaient développés en tous sens dans la substance corticale, au niveau des dernières ramifications artérielles. »[3]

Il est absolument indiscutable que dans nombre de cas, l'embryon pénètre dans le rein par voie artérielle. Mais cette opinion est passible de deux objections : la première tirée de la longueur du voyage et des détours extraordinaires de ce parcours. Cette objection est du reste sans grande valeur, vu précisément la rareté extrême du k. hydat. du rein ; il y a même certainement un étroit rapport entre la rareté de cette

1. Nous ne nions nullement l'existence de k. hydat. dans le tissu cellulaire ; il en existe même un certain nombre d'observations. Mais ce qui nous paraît plus douteux, c'est la progression, la migration de l'hexacanthe dans le tissu cellulaire, *surtout pour un long parcours*.

2. Boecker, Inaug. Diss. Berlin 1868, obs. 18, p. 14.

3. Dans un cas de Cranwell, on trouva 14 petits k. dans la corticalité.

localisation, et la longueur et les détours du chemin imposés au germe échinococcique.

Quant à la deuxième objection, elle est beaucoup plus sérieuse. L'embryon avant d'arriver au rein doit traverser le foie, le cœur droit, le poumon et le cœur gauche. Or, comme le lecteur le verra à la fin de ce chapitre, le k. hydat. du rein existe très souvent, le plus souvent même, à l'état isolé, sans coexistence de k. dans d'autres organes. Cette constatation est vraiment extraordinaire, car il semble au premier abord, que dans les cas de k. hydat. du rein, l'organisme entier devrait être infesté d'échinocoques, et qu'on devrait rencontrer d'autres k. dans le foie, dans le poumon, dans le cerveau, etc. Or nous le répétons, dans le plus grand nombre des cas, le k. hydat. du rein est la seule et unique localisation de l'échinococcose. Ceci est évidemment très surprenant [1].

Aussi nous nous sommes demandé si l'hexacanthe ne gagnait pas, dans certains cas, le rein par une voie moins détournée et plus directe, et nous avons pensé qu'il empruntait peut-être, parfois, le système de Retzius. Ainsi que le sait le lecteur, il existe au niveau de certaines parties du tube digestif, notamment au niveau de l'estomac, du duodénum, des côlons, du rectum, en un mot partout ou l'intestin se trouve rapproché des parois abdominales, de riches plexus veineux, superficiels, sous-péritonéaux, indépendants des plexus profonds sous-muqueux. Ces plexus sous-péritonéaux se jettent dans le système cave, constituant ainsi le système anastomique de Retzius, alors qu'au contraire les plexus sous-muqueux sont tributaires du système porte. Or il a été constaté par maints anatomistes, que certaines de ces veines retziennes, notamment celles qui proviennent des côlons, s'abouchaient dans les veines rénales. Peut-être l'hexacanthe suit-il ce chemin; ce que nous avançons n'est du reste qu'une simple hypothèse, qui n'est prouvée par aucun fait. On pourrait du reste nous objecter, et non sans raison, que l'embryon arri-

1. Beaucoup ont expliqué par des raisons anatomiques (la direction des artères rénales), la fréquence plus grande du k. dans le rein gauche. Or, à *quelques unités près*, le k. est aussi fréquent dans un rein que dans l'autre.

vant dans la veine rénale, devrait plutôt être refoulé hors du rein, puisqu'il se présente contre le courant sanguin. Nous pourrions alors répondre que la plupart de ces veines retziennes gagnent non la veine rénale proprement dite, mais les veines rénales accessoires, et que dans les systèmes anastomotiques la circulation peut se faire tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, et que d'autre part elle y est ralentie. Du reste nous ne formulons cette hypothèse que sous toutes réserves, attendu qu'on doit réserver les affirmations que pour les faits positifs et nettement démonstratifs.

Nous avons noté dans un certain nombre d'observations, la coexistence de k. hydat. dans les deux reins; il est bien évident que dans ce cas le germe échinococcique est arrivé par voie artérielle, *qui doit malgré tout être la voie généralement suivie.*

Comment prolifère le k. hydat. une fois développé, ou en d'autres termes quelle est l'origine des vésicules-filles. D'après l'ancienne théorie de Davaine et Moniez, les vésicules naîtraient dans la cuticule, tout à fait indépendamment de la membrane germinative. D'après la théorie de Naunyn, qui remonte à 1862, les vésicules proviendraient indifféremment soit des vésicules proligères, soit des scolex. Cette théorie a été battue en brèche durant 40 ans, mais a fini par recevoir une éclatante confirmation à la suite des travaux d'Alexinsky, et surtout de la magistrale thèse de Dévé, travaux qui ont démontré d'une façon incontestable l'évolution vésiculaire des scolex. Nous n'entrerons pas à ce sujet dans de plus amples détails, renvoyant le lecteur aux deux ouvrages précités; nous nous occuperons du reste longuement de cette question dans notre édition complète.

Ces faits biologiques, si brillamment exposés par Dévé, ont une grande importance chirurgicale. De tout temps, on a redouté l'issue d'hydatides dans le péritoine, au cours d'interventions; on pensait avec juste raison que des hydatides ainsi égarées, pouvaient être susceptibles de constituer des greffes parasitaires. Mais on attachait beaucoup moins d'importance à l'écoulement du liquide hydatique; or ce liquide renferme un nombre prodigieux de germes échinococciques. Dévé a compté

dans un centimètre cube de sable échinococcique, jusqu'à 400 000 scolex, tous susceptibles de se transformer en un k. Aussi Dévé recommande-t-il expressément de faire au début de toute intervention une *injection ténicide*, soit de sublimé à 1 p. 1000, soit de formol à 1 p. 100, qu'on laisse 5 minutes dans la cavité vésiculaire ; on peut ensuite opérer sans crainte, tous les germes échinococciques sont morts.

Les travaux de Dévé ont éclairé d'un jour tout nouveau, l'étiologie de certains k. Indépendamment des KYSTES PRIMITIFS développés au sein d'un organe, existent des KYSTES SECONDAIRES, kystes qu'on rencontre si fréquemment dans l'abdomen, et qui sont dus précisément à l'ensemencement du péritoine, à la suite de la rupture d'un kyste généralement hépatique, qui dans nombre de cas passe absolument inaperçu, alors que le kyste secondaire attire au contraire toute l'attention du clinicien.

Le fait de trouver un k. hydat. dans un organe, ne veut nullement dire que ce k. se soit développé primitivement dans cet organe. Un k. secondaire se trouvant au voisinage d'un viscère, peut très bien présenter à la longue les plus intimes connexions avec ce viscère, lui étant absolument adhérent, soudé, fusionné, en étant inséparable, même lors des plus fortes tractions. Le k. peut même pénétrer à l'intérieur du viscère, l'aplatissant, l'excavant ; il peut s'entourer de son parenchyme sur une étendue plus ou moins considérable ; bien mieux encore, il peut s'enchatonner au point de ne plus faire saillie à la surface. C'est ce qui est arrivé pour maints cas de k. hydat. de la prostate, pour maints cas de k. hydat. de l'ovaire. Marschaud, Alexinsky et Dévé ont même montré par maintes expériences, que des k. hydat. péritonéaux secondaires étaient parfaitement capables de traverser le péritoine, et de venir se loger dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ainsi que le dit Dévé « le corps étranger, quel qu'il soit, provoque par l'irritation de l'épithélium, un exsudat fibrineux qui est rapidement envahi par les leucocytes : les cellules endothéliales avec lesquelles il est en contact, ne tardent pas à disparaître (au bout de quelques heures d'après Marschaud). Dès lors, le corps étranger, le germe échinococcique, englobé au

milieu des cellules migratrices, fait en quelque sorte partie de la paroi péritonéale. Bientôt un endothélium se sème à la surface de l'amas de cellules conjonctives jeunes qui l'entourent, et qui ne tarderont pas à devenir adultes. Et ainsi le k. échinococcique est en apparence *passé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal*; il est en réalité logé dans du tissu conjonctif de nouvelle formation, et *enkysté* à la surface du péritoine ». Plus loin, Dévé ajoute : « En outre de ce *processus histologique* d'inclusion des corps étrangers, il existe un *processus mécanique*, et le plus souvent ces deux processus s'associent. C'est ainsi que l'épiploon enveloppe dans ses plis si souples les corps étrangers, même volumineux; puis ces plis se soudent secondairement. On retrouve finalement le k. échinococcique au centre de la masse épiploïque, et semblant à un examen superficiel, comme celui qu'on peut faire au cours d'une opération, développé entre les deux lames de l'épiploon ».

Tous les k. du bassin sont des k. péritonéaux secondaires, même quand ils sont situés dans le tissu cellulaire sous-séreux. Cette vérité est à l'heure actuelle amplement démontrée.

Cette notion des k. secondaires est fondamentale. Nous apportons 357 cas de k. hydatiques du rein. Mais nous ne prétendons nullement qu'il s'agisse, dans tous les cas, de k. hydat. développés primitivement dans le rein. Nous sommes un peu plus circonspect. Les observations que nous soumettons au lecteur se rapportent à des cas de k. hydatiques faisant intimement corps avec le rein : ce sont des k. hydatiques du rein, au point de vue chirurgical et clinique, et également au point de vue de l'anatomie topographique, mais nous ne pouvons rien affirmer de plus. Il est du reste incontestable que la presque totalité des observations que nous avons recueillies se rapportent à des k. primitifs.

Il est souvent très difficile de reconnaître exactement l'origine primitive ou secondaire d'un k.; porter ce diagnostic rétrospectif à la lecture d'une observation, est dans l'immense majorité des cas, chose absolument impossible, les observations sont en général trop mal prises à ce point de vue. Faire ce diagnostic au cours d'une intervention chirurgicale est

également très difficile; nous savons du reste ce que valent les constatations anatomo-pathologiques faites lors d'un acte opératoire. Sur la table d'autopsie, l'embarras sera souvent tout aussi grand; les nécropsies sont en général mal faites, dans maintes circonstances on en laisse le soin à des étudiants peu expérimentés; on exerce des tractions immodérées sur les organes, on examine précipitamment les pièces enlevées en les abîmant, et quand on veut ensuite en faire un examen minutieux on s'aperçoit qu'elles sont inutilisables. Quand on désire reconnaître l'origine primitive ou secondaire d'un k. hydat., après la mort d'un sujet, ou à la suite d'une intervention, néphrectomie par exemple, il faut enlever le k. et l'organe avec le plus grand soin, les immerger dans un liquide conservateur, et disséquer ensuite le tout dans un laboratoire, à plusieurs reprises et à tête reposée. On saura alors de quoi il en relève exactement.

Dans un de nos cas inédits, communiqué par Dévé, il s'agit précisément d'un kyste secondaire, développé dans le péritoine qui sépare le foie du rein, et intimement adhérent à chacun de ces deux organes, mais principalement au rein. Ceux qui firent l'autopsie pensèrent à un kyste du rein. Mais Dévé reconnut dans son laboratoire qu'il s'agissait d'un kyste secondaire, fusionné au rein, et lui adhérant de la façon la plus intime. Ce cas entre les mains d'un observateur moins minutieux aurait certainement été étiqueté comme kyste hydatique du rein.

Nous sommes du reste convaincus que la majorité des k. hydat. du rein sont des k. primitifs, mais nous ne prétendons pas ne présenter au lecteur que des cas de k. primitifs, et ceci nous ne craignons pas de le répéter volontairement. Notre travail repose essentiellement sur des observations recueillies dans des livres et des périodiques, et d'une façon générale, la lecture de ces documents ne peut nullement nous renseigner sur ce point pourtant si intéressant. Du reste, qu'il s'agisse de k. primitifs ou de k. fusionnés secondairement, au point de vue clinique, diagnostic et chirurgical, cela revient absolument au même, et n'offre pas un grand intérêt pratique.

Nous venons d'exposer, très rapidement, les quelques notions de parasitologie, indispensables à la compréhension

de ce travail. Nous nous sommes proposé tout simplement de rappeler au lecteur les divers éléments dont est constitué un k. hydat., et de préciser le sens de certains termes techniques, que nous sommes forcé d'employer couramment, à chaque page pour ainsi dire. Nous avons parlé incidemment de la migration du germe échinococcique dans l'organisme, et de l'échinococcose secondaire, mais nous ne pouvions faire différemment, sous peine de laisser un certain nombre de faits sans explications et dans l'obscurité.

Nous allons passer maintenant à l'anatomie pathologique proprement dite; nous traiterons ce chapitre brièvement. Nous ne nous occupons pas en ce moment des k. hydat. du rein, mais de leur traitement, et en particulier de leur traitement par la néphrectomie. Nous ne retiendrons donc de l'anatomie pathologique que les données indispensables à la compréhension de ce chapitre chirurgical. Pour de plus amples détails, relatifs à l'anatomie pathologique et aux données parasitologiques, nous renvoyons le lecteur à notre édition complète, où il trouvera tous les renseignements qu'il pourra désirer.

Dans un premier paragraphe nous traiterons tout d'abord du parasite et de son contenu, et ensuite du k. proprement dit, considéré au point de vue de sa structure, et notamment de *ses connexions avec le parenchyme environnant*. Dans un deuxième paragraphe, nous étudierons les rapports du k. avec le rein : 1° au point de vue de son implantation : le k. est-il développé aux dépens d'un pôle, aux dépens de la partie moyenne du rein, aux dépens d'une face ou d'un bord? — 2° au point de vue de son origine : le k. provient-il de la partie corticale, ou de la partie médullaire; est-il simplement accolé au rein, engainé entre le parenchyme et la capsule fibreuse? s'agit-il d'un k. fusionné secondairement avec le rein? — 3° au point de vue de ses rapports avec le bassinet : le k. est-il ouvert ou non dans la cavité centrale du rein? — 4° au point de vue du retentissement du k. sur le rein : le rein est-il altéré, détruit? est-il encore capable de remplir son rôle physiologique? est-il le siège d'autres altérations concomitantes? Enfin quel est l'état du rein opposé? — 5° au

point de vue de ses rapports avec les vaisseaux et les organes du hile, du pédicule rénal.

Puis dans un troisième et dernier paragraphe, nous nous occuperons de la multiplicité des k. hydat. dans un même rein, de leur bilatéralité (coexistence dans les deux reins), et enfin de l'association du k. hydat. du rein avec d'autres localisations de l'échinococcose.

LE PARASITE. — Nous rappelons au lecteur que le parasite peut se présenter sous deux aspects absolument différents : la forme simple ou univésiculaire, caractérisée par l'absence de vésicules-filles, la membrane-mère ne renfermant que du liquide avec du sable échinococcique, et la forme composée ou multivésiculaire, dans laquelle le parasite est encombré d'un nombre parfois considérable de vésicules-filles. Dans ce dernier cas, les vésicules-filles sont toujours contenues à l'intérieur d'une vésicule-mère ; pourtant si le k. est de date ancienne, il peut se faire que cette membrane-mère soit plus ou moins altérée, elle peut même disparaître par place, permettant ainsi aux vésicules-filles d'entrer en contact direct avec l'adventice. On peut ainsi avoir l'illusion qu'il existe plusieurs parasites contenus dans une seule et même enveloppe fibreuse, mais il faut bien savoir que ce n'est qu'une apparence, et que la membrane-mère, commune, existe d'une façon invariable ; du reste dans ces cas particuliers, il sera toujours loisible d'en retrouver des débris.

La différence qui existe entre ces deux formes est uniquement une différence d'âge : un k. jeune sera univésiculaire, et un vieux k. sera multivésiculaire. Du reste tous ceux qui ont quelque pratique de la chirurgie, ont pu vérifier ce fait. — Nous présentons au lecteur le curieux relevé statistique qui suit, basé sur nos 357 observations.

Cas non opératoires[1].	161	Cas opératoires......	196
Forme univésiculaire...	3	Forme univésiculaire..	35
Forme multivésiculaire.	120	Forme multivésiculaire.	95
Inconnu...............	38	Inconnu.............	66

1. Il s'agit soit de cas vérifiés au cours d'autopsie, soit d'observations avec émissions d'hydatides avec les urines, symptôme qui permet évidemment d'affirmer la forme multivésiculaire du kyste.

Les résultats donnés par ce tableau ne sont point pour nous surprendre. Dans les cas non opératoires, le k. a pu poursuivre son évolution complète, tandis qu'on ne lui a pas laissé le temps dans les cas avec intervention. Quoi de surprenant alors que la forme univésiculaire soit plus fréquente dans les observations du second groupe, que dans celles du premier? Néanmoins ce petit tableau est intéressant, d'autant plus qu'aucun relevé de ce genre n'avait encore été fait, à notre connaissance du moins, (différence entre cas opératoires et cas sans intervention). De plus il prouve amplement ce que nous voulions démontrer, à savoir que la corrélation qui existe entre l'âge du k. et le fait qu'il renferme ou non des vésicules-filles, constitue une vérité incontestable. Voyons maintenant le rapport qui existe entre chacune de ces deux formes et l'âge du sujet.

Nous avons relevé 215 cas de k. hydat. du rein multivésiculaires, dont 207 au-dessus de 15 ans et 8 au-dessous de cet âge, à savoir : à 4 ans dans un cas de Desault, à 5 ans dans le cas d'Hildebrand, à 8 ans dans le cas de Bradbury et dans celui de d'Antona, à 9 ans dans un cas inédit de Récamier, à 14 ans dans un cas inédit de Suarez de Mendoza, à 15 ans dans le cas de Spangemacher et dans un cas inédit de Chandelux. — Quant à nos 38 cas de k. univésiculaires ils se répartissent ainsi : 4 cas au-dessous de 15 ans (un à 4 ans, un à 6 ans, un à 7 ans, et un à 12 ans), et 34 cas au-dessus de cet âge. Nous avons d'autre part :

Au-dessous de 15 ans : 12 cas ; — K. univ. 4 ; — K. multiv. 8
Au-dessus de 15 ans : 241 cas ; — K. univ. 34 ; — K. multiv. 207

Il résulte de ceci : 1° que le k. hydat. du rein est beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte [1] ; 2° que la forme multivésiculaire est toujours la plus fréquente, *même chez l'enfant* ; 3° que chez l'enfant, la forme multivésiculaire se rencontre dans les 2/3 des cas, et chez l'adulte dans les 5/6 environ ; 4° que la corrélation qui existe entre la forme sous

1. La rareté du k. hydat. chez l'enfant est un fait connu depuis un certain temps. Voir *Vegas et Cranwell*, Traité des Maladies de l'Enfance, 2° édit., t. V, p. 658-673.

laquelle se présente le k., et l'âge du sujet est sans grande valeur[1].

Nous devions du reste nous attendre à cette dernière conclusion, attendu que le k. hydat. est susceptible de se développer à tout âge. Elle vient pourtant à l'encontre des données fournies par la statistique de Cranwell et Vegas, qui a été analysée à ce point de vue par Dévé[2]. « Sur 38 k. hydat. opérés jusqu'à l'âge de 15 ans, 34 appartenaient au type simple, 4 seulement au type complexe; au contraire sur 21 cas observés au-dessus de 15 ans, 5 seulement ressortissaient à la forme simple, et 15 à la forme complexe. L'examen d'une statistique de Posadas, concernant surtout des enfants, montre de même que sur 22 k. du foie que ce chirurgien a opérés chez des enfants de 3 à 13 ans, (et parmi les k. en question, il en était 11 qui atteignaient « le volume d'une tête d'enfant »), 25 contenaient exclusivement des scolex, et 2 seulement des vésicules-filles; tandis que sur 5 k. opérés chez des adultes, le même chirurgien a trouvé 2 fois des hydat. et 3 fois des scolex à l'exclusion des vésicules. De ces chiffres il ressort donc une règle, qui n'est point sans intérêt au point de vue opératoire : chez l'enfant et l'adolescent, les k. hydat., même volumineux, sont presque toujours (90 p. 100) dépourvus de vésicules-filles; ils ne renferment que du sable échinococcique ».

Nous avons tenu à citer cet intéressant passage de l'ouvrage de Dévé. Nous devons du reste ajouter pour être juste, que le nombre de k. hydat. du rein observés à 15 ans et au-dessous s'élève à 20, et que dans 8 cas nous n'avons aucun renseignement sur la forme du parasite. Nos résultats statistiques courent donc le risque d'être entachés d'erreur; on peut du reste faire la même objection à la statistique de Dévé, qui ne repose

1. La notion de l'âge est du reste sans intérêt, il ne s'agit pas ici d'une maladie infectieuse à début brusque et tranché, mais d'une affection qui évolue durant de nombreuses années, quelquefois 20 et 30 ans. L'âge du k., cela veut dire l'époque à laquelle le malade a commencé soit à ressentir un trouble fonctionnel, soit à s'apercevoir de l'existence d'une tumeur; c'est l'époque où un chirurgien a pratiqué un examen ou une intervention. La notion de l'âge ne signifie donc rien, et n'a en réalité aucune importance.

2. Dévé, *Les k. hydat. du foie*, 1905, p. 21-22.

que sur 59 des 644 cas de k. hydat du foie enregistrés dans l'ouvrage de Cranwell et Vegas[1].

Nous avons longuement insisté sur ce point qui présente d'intéressantes déductions chirurgicales, ainsi que le lecteur le verra plus loin. Nous serons bref sur le contenu du parasite. La quantité de liquide est variable, elle oscille dans la majorité de nos observations entre 2 et 3 litres, mais elle peut être beaucoup plus considérable. Nous avons noté dans 7 cas, l'absence complète de liquide. Ce liquide est généralement transparent ; il contenait du pus dans une trentaine de cas ; dans 8 de ces cas, la présence du pus fut consécutive à de malencontreuses ponctions. Le nombre des vésicules-filles peut être énorme ; dans le cas de Berger[2] le k. en renfermait plusieurs milliers, et dans nombre de nos observations les malades en rendirent des quantités prodigieuses, jusqu'à plusieurs centaines dans la même journée, et jusqu'à 60 immédiatement à la suite les unes des autres. Leur volume est des plus variables : une tête d'épingle, un grain de millet, un grain de chènevis, un pois, un grain de raisin, une noisette, une noix, un œuf de pigeon, un œuf de poule, une orange ; et dans maintes circonstances de ces énormes vésicules furent rendues avec les urines, mais déchirées bien entendu. Dans un septième de cas environ, le k. ne contenait que des hydatides flétries ; nous avons noté assez souvent la coexistence d'hydatides flétries et d'hydatides déchirées, et la présence de cette bouillie jaunâtre qui résulte de la dégénérescence de la membrane-mère et d'un certain nombre de vésicules-filles.

Le volume du parasite est variable ; le plus souvent dans nos observations, il est comparé à une tête de fœtus, à une tête d'adulte ; souvent il est plus petit, du volume d'une orange, du poing, des deux poings ; parfois il est énorme, remplissant toute une moitié de l'abdomen.

Au point de vue des rapports du parasite avec les organes voisins, nous nous contenterons de dire que le k. hydat. du

1. C'est-à-dire que Dévé s'est heurté aux mêmes difficultés que nous : nombre d'auteurs, en publiant leurs observations, omettent de nous renseigner sur le contenu du parasite.

2. Berger, Inaug. Diss., Berlin, 1885.

rein évolue dans la majorité des cas, *non comme une tumeur rénale, mais comme une tumeur abdominale.* Ce fait anatomo-pathologique est d'une importance considérable, et fait comprendre la fréquence si grande des erreurs de diagnostic.

LE KYSTE PROPREMENT DIT, OU ADVENTICE, TUNIQUE FIBREUSE, ECTOCYSTE. — Au cours du paragraphe précédent, nous nous sommes étendu assez longuement sur la question de l'univésicularité et de la multivésicularité : il s'agit en effet d'une question qui n'a pas été fréquemment étudiée jusqu'à ce jour, et qui présente un certain intérêt chirurgical; de plus nos statistiques nous conduisent à des conclusions un peu paradoxales. Ce point particulier méritait donc de nous arrêter un instant. Quant à l'étude du contenu du parasite, de la quantité et de la qualité du liquide, du dénombrement et des dimensions des vésicules, nous l'avons traitée rapidement, attendu que tout ceci est sans grand intérêt au point de vue pratique.

Nous passons maintenant à un paragraphe d'une grande importance. — Ainsi que nous l'avons dit au début de ce chapitre, on doit réserver le nom de k. proprement dit à l'enveloppe fibreuse qui entoure et encapsule le parasite, représenté par la membrane-mère et son contenu. Le k. proprement dit est dû à la réaction inflammatoire des tissus qui environnent le parasite. Il faut bien savoir qu'il ne s'agit nullement d'une membrane spéciale, individualisée, et aisément dissociable, ainsi que cela se trouve écrit dans plusieurs ouvrages.

Dans un k. hydat. du rein, cette tunique sera constituée aux dépens du rein; dans un k. hydat. du foie, aux dépens du parenchyme hépatique, et ainsi de suite. Le parasite agit dans l'organe où il s'est développé, à la façon d'un corps étranger, corps étranger vivant et actif, et qui tend sans cesse à s'accroître. Il va donc exercer une compression sur le parenchyme environnant; cette compression ne sera peut-être pas extrêmement forte, mais elle sera continue; les éléments nobles du parenchyme, sous l'effet de cette action mécanique, vont s'atrophier et tendre à disparaître, tandis que les éléments conjonctifs persisteront au contraire, et même proliféreront.

les vaisseaux seront très visibles, sclérosés. Si on place alors sous le champ du microscope une coupe intéressant la membrane-mère, la tunique fibreuse et le parenchyme environnant, on pourra faire les constatations suivantes : on apercevra une zone exclusivement conjonctive, d'épaisseur variable, constituée de fibres à direction le plus souvent concentriques. En dedans, cette zone conjonctive s'arrêtera brusquement au niveau du feuillet cuticulaire de la membrane-mère; dans certains cas, il y aura adhérence entre la cuticule et l'adventice, mais ceci est loin d'être la règle, et en tout cas ces adhérences ne seront pas telles qu'on ne pourra parvenir à les rompre. En dehors au contraire, la zone conjonctive ne présentera pas de limites précises. On verra d'une part les fibres conjonctives à direction parallèle et concentrique, s'écarter un peu les unes des autres, laissant entre elles des espaces où se logeront les éléments nobles du parenchyme. On verra d'autre part, des éléments conjonctifs, des vaisseaux, des nerfs, qui partant de l'adventice se porteront dans le parenchyme en affectant une disposition radiée. En un mot, *l'adventice fait corps avec le parenchyme dans lequel elle se perd insensiblement, et il n'existe pas de plan de clivage permettant de séparer l'adventice du parenchyme.* — A vrai dire dans certains cas, la transition est plus brusque, et on peut avoir à un examen superficiel l'impression qu'il existe un plan de clivage, mais si on regarde alors avec plus d'attention, on constatera l'existence de ces éléments vasculaires, nerveux, et conjonctifs à direction radiée, comparables en quelque sorte à des racines. De plus, il est évident que pour un même k., l'adhérence peut varier d'un point à un autre, et que des coupes prises à une certaine distance les unes des autres, peuvent présenter des aspects un peu différents. Mais nous tenons à répéter que quand un k. hydat. est développé dans un organe, l'adventice est constitué aux dépens du parenchyme et qu'il n'existe pas de plan de clivage.

Il s'agit d'une vérité anatomo-pathologique bien élémentaire. Nous avons longuement causé de ce point particulier avec le Professeur Blanchard, avec le Professeur Cranwell de Buenos-Ayres, avec le Professeur agrégé Albarran et avec

notre ami, le Dr Dévé de Rouen, qui partagent absolument l'opinion que nous venons d'énoncer. D'autre part, nous avons pu en vérifier l'exactitude sur maintes coupes, dans le laboratoire de M. Blanchard et dans celui de Dévé.

Cette vérité si élémentaire méritait pourtant d'être énoncée à nouveau. Certains en effet, ont prétendu que l'adventice était distincte et aisément séparable du parenchyme environnant, et ont basé sur cette théorie, un procédé opératoire, appelé l'énucléation, d'après lequel on sépare à l'aide du doigt ou d'un instrument mousse l'adventice du reste de l'organe. Nous faisons allusion à la thèse de Vigneron et à celle plus récente de Rollet [1]. Ces auteurs décrivent l'adventice comme une membrane distincte. Laissons d'abord la parole à Dévé qui a admirablement fait justice de cette hérésie dans son récent ouvrage sur les *K. hydat. du foie* [2]. « Le travail de Vigneron repose sur une erreur anatomique : il semblerait que personne n'y ait pris garde [3]. Vigneron croit en effet (cl. p. 4, 22, 31, 41) que la vésicule parasitaire est entourée d'une « *membrane* » conjonctive (suivant les cas plus ou moins molle et friable, ou au contraire résistante, pierreuse, voire « *chitineuse* » ?!) qu'il appelle « *paroi kystique* », — membrane qui serait différente et indépendante de l' « ectocyste » (ou « paroi ectocystique »), avec lequel elle serait en rapport en dehors, et auquel, il est vrai, elle « *adhérerait fréquemment.* »

Dans la thèse de Rollet, nous trouvons ceci [4] : « l'extirpation du k. hydat. thyroïdien consiste à énucléer la poche kystique, en décorticant la *membrane adventice*, c'est-à-dire en la séparant du tissu thyroïdien, auquel elle adhère. Cette opération est absolument comparable à l'énucléation intraglandulaire employée dans les goitres kystiques et dans les glandes à forme nucléaire ». Du reste, l'auteur ajoute immé-

1. Vigneron, *De l'énucléation des k. hydatiques du foie*, th. Paris 1895.
Rollet, *Des k. hydatiques du corps thyroïde et de leur traitement par l'extirpation totale*, th. Lyon 1903.
2. Dévé, loc. cit. p. 25-26.
3. Cette erreur a été relevée par Cranwell et Vegas qui critiquent également le procédé exposé par Vigneron.
4. Rollet, loc. cit. p. 61.

diatement après, cette prudente réserve : « Le terme d'énucléation intraglandulaire ne saurait du reste s'appliquer dans toute sa rigueur à l'énucléation, car contrairement à ce qui se passe dans le goitre, où l'on enlève la poche du goitre kystique, sans toucher au tissu thyroïdien, ici, *en raison de l'adhérence plus solide de l'adventice, on est obligé de tailler en pleine glande* », et plus[1] loin cette autre restriction « si l'extirpation totale d'un k. hydat. est anatomiquement possible, et ne s'accompagne pas de trop gros risques dans le corps thyroïde, dont le tissu est relativement résistant, et où l'on est toujours maître d'une hémorragie, *cette même opération offre de grands dangers dans le foie, dont le tissu est friable et facilement saignant, et dont les hémorragies sont graves et difficiles à arrêter* ». Mais malgré ces très prudentes réserves, qui prouvent que l'auteur lyonnais a eu une vague impression de l'erreur qu'il commettait, il n'en reste pas moins acquis qu'il *a considéré l'adventice comme une membrane*, et qu'il a prôné « *comme opération de choix que l'on doit toujours tendre à réaliser, l'extirpation totale de la tumeur parasitaire, y compris sa tunique adventice* ».

L'énucléation constitue un procédé dangereux, incertain, et que l'on doit absolument rejeter de la pratique. Certains chirurgiens ont, paraît-il, fait un heureux emploi de ce procédé, c'est qu'ils ont eu affaire à des cas exceptionnels. Nous avons dit plus haut que sur certaines coupes examinées au microscope, on voyait parfois le passage brusque de l'adventice au parenchyme, mais ceci est loin de répondre à la généralité des cas. De plus, il existe toujours ces éléments conjonctifs, vasculaires et nerveux à disposition radiée, et en outre l'adhérence peut varier pour le même k. d'un point à un autre. Il se peut que certains cas très rares aient pu être traités avec succès par ce procédé, mais il n'en reste pas moins acquis :

1° Que l'énucléation repose sur une incommensurable erreur d'anatomie pathologique.

2° Que ce procédé ne peut être recommandé, car en l'em-

1. Rollet, loc. cit. p. 63.

ployant, on risque de déchirer le parenchyme, de provoquer des hémorragies en nappe extrêmement difficiles à arrêter, et de mettre l'organe dans un tel état de dilacération, qu'on ait le plus grand mal à placer les points de suture et à achever convenablement l'opération.

Si l'on veut faire usage de ce procédé, il faut avec le bistouri tailler résolument en plein parenchyme, autour du k., mais en sachant bien qu'il n'existe aucun plan de clivage. On fera ainsi une excellente opération, parfaitement réglée, et qui portera, suivant l'organe où on l'exécutera, le nom d'hépatectomie, de néphrectomie partielle, etc.

A propos de l'adventice nous devons encore relever deux erreurs :

1° Certains ont décrit dans l'adventice un réseau vasculaire, servant à la nutrition du parasite. En effet il existe parfaitement un réseau vasculaire dans la fibreuse ; le k. détruit par compression les éléments nobles du parenchyme, et les vaisseaux persistent et se mêlent au réseau conjonctif qui entoure le parasite. Mais jamais ce réseau, qui dans certains k. du foie peut être considérable, et que nous avons rencontré aussi dans un petit nombre de nos observations de k. hydatiques du rein n'a servi à la nutrition de l'hydatide.

2° Certains ont prétendu que l'adventice dérivait d'un processus inflammatoire. C'est faux, il s'agit avant tout de *lésions par compression* ; il peut y avoir *inflammation chronique, mais jamais inflammation aiguë.*

L'adventice subit fréquemment la dégénérescence calcaire : dans une de nos observations, celle de Gerster, elle était entièrement calcifiée et présentait une épaisseur considérable ; elle était comparable à du cartilage. L'observation de Gerster est unique à ce point de vue. Mais nous avons noté la calcification plus ou moins étendue de l'adventice dans une trentaine de nos observations. Il s'agit d'un travail de nécrose, qui ainsi que le fait remarquer Dévé, paraît attribuable, au moins en partie, à une action toxique ambiante du parasite.

Le k. hydat. n'est point forcément enfoui complètement à l'intérieur d'un organe, mais le plus souvent il fait également saillie à la surface. Les parties de la fibreuse qui sont ainsi

extériorisées seront également constituées aux dépens du parenchyme, si le parasite s'est développé primitivement dans l'organe. Au cas contraire la fibreuse résultera de la transformation du tissu conjonctif environnant.

L'épaisseur de la fibreuse est variable; dans nos observations elle oscille le plus souvent entre 2 et 8 millimètres. Mais elle peut atteindre plusieurs centimètres quand elle renferme des éléments parenchymateux.

Pour traiter complètement la question de l'énucléation, il nous faut encore faire allusion à l'échinococcose secondaire. Nous avons dit, dans les premières pages de ce chapitre, qu'un k. secondaire fusionné avec un organe, pouvait présenter avec cet organe des connexions extrêmement intimes, au point de paraître à un examen superficiel, s'être développé primitivement dans l'organe en question. Il est bien évident que dans ce cas, on aura quelque chance de trouver un plan de clivage, et que l'énucléation pourra être mise en pratique, sans qu'on ait à craindre trop de délabrements. Notons pourtant qu'un k. même fusionné secondairement, peut encore adhérer au parenchyme. Le k. pénètre dans l'organe déjà muni de son adventice formé aux dépens du tissu conjonctif qui entourait le parasite dans son siège primitif, mais cet ensemble constitué du k. et de l'adventice va exercer sur le parenchyme la même action nocive que le parasite développé primitivement dans l'organe. Il va se produire en quelque sorte une deuxième adventice, concentrique à la première, et il n'est pas dit qu'il persistera indéfiniment un plan de clivage entre elles deux.

Quand le k. est vieux, que le parasite s'est ratatiné, l'adventice fait de même et peut alors présenter des prolongements tubuliformes, comme dans un de nos cas personnels.

RAPPORTS DE LA TUMEUR PARASITAIRE AVEC LE REIN. — Le kyste hydatique du rein peut se présenter sous des aspects bien différents.

Tout d'abord, dans un certain nombre de cas (environ une trentaine sur les 357 que nous avons recueillis), on peut se demander s'il ne s'agit point de k. développés extérieurement au rein; et secondairement fusionnés avec cet organe. Il est à vrai dire bien difficile de se prononcer ; il est incontestable du

reste, que dans l'immense majorité des cas, le kyste hydatique du rein est primitif.

Parfois ce k. est complètement extérieur au rein, et lui est rattaché par un pédicule. Nous avons noté un très petit nombre de cas de cette disposition excessivement rare. Dans une obs. inédite, communiquée par le Professeur Segond, on constata la présence de parenchyme dans le cordon qui unissait le rein à la tumeur, et d'autre part le parenchyme s'étalait sur une certaine étendue à la surface du k. Dans le cas de Baldini, le k. était également réuni au rein par une sorte de pédicule, mais nous ne possédons aucun renseignement sur la structure de ce dernier. Quand ce pédicule existe, il gagne soit le bord convexe, soit un des pôles de l'organe : parfois il s'implante au niveau du hile.

Le plus souvent, le kyste, développé primitivement dans le rein, présente avec ce dernier d'intimes connexions. On peut alors rencontrer deux types anatomo-pathologiques bien dissemblables, et bien caractéristiques.

Dans le premier type, le k. est en quelque sorte surajouté au rein; le plus souvent il est développé aux dépens d'un pôle. Dans ce cas, il reste généralement de grandes étendues de parenchyme absolument sain. Le k. siège avec une fréquence à peu près égale au pôle supérieur et au pôle inférieur. Le k. et le rein forment une masse unique; le k. se présente comme une tumeur de volume variable, fluctuante, de coloration blanchâtre, de surface lisse, et le rein comme un corps charnu et de consistance solide.

Le k. siège assez fréquemment au niveau du bord convexe. Dans ce cas le rein sera souvent disloqué. Le k. développé au niveau du bord convexe, paraît s'ouvrir le plus souvent dans le bassinet que le k. polaire. Cette variante du type précédent est donc d'un pronostic plus fâcheux, pour ce double motif : dislocation du rein et communication dans les voies urinaires. Mais pourtant le parenchyme est encore largement respecté. Cette disposition anatomo-pathologique peut donc malgré tout, être considérée comme relativement favorable.

Nous passons maintenant au deuxième type. Dans le premier type anatomique, le rein et la tumeur parasitaire se

présentent comme deux masses intimement adhérentes l'une à l'autre, mais cependant indépendantes.

Dans ce deuxième type, on se trouvera en présence d'une cavité de volume variable et limitée par une paroi d'épaisseur inégale, susceptible de présenter en un point donné, soit à un des pôles, soit sur une des faces, une saillie plus ou moins considérable, et capable d'atteindre plusieurs centimètres d'épaisseur. Dans plus de la moitié des cas, après incision de la tumeur, on se rendra compte à la simple inspection que cette portion épaissie correspond au rein, qui se présentera avec l'aspect d'une calotte. On pourra même retrouver le bassinet et en tout cas les organes du hile. — Quand la présence du rein est moins manifeste au simple examen microscopique, en examinant au microscope une coupe pratiquée au niveau de l'épaississement, on pourra y déceler la présence de parenchyme. Dans ce type, le rein fait en quelque sorte partie intégrante de la paroi du k. ; il peut se présenter comme un simple épaississement de cette paroi, ou comme un petit moignon surajouté au k. Dans certains cas le rein sera même entièrement transformé en tissu fibreux, et on ne trouvera aucune trace de parenchyme à l'examen microscopique. Ce type est éminemment défavorable : le pouvoir fonctionnel du rein est gravement compromis, quand il n'est pas absolument anéanti. Il est pourtant assez intéressant de signaler que, même dans nombre de ces cas, le peu qu'il reste de parenchyme est à peu près normal. Mais la persistance de quelques centimètres cubes de substance rénale, ne présente évidemment aucun intérêt pratique.

Quand les k. sont tout petits, il n'est pas rare de les voir complètement enclavés dans le parenchyme, et généralement dans la corticalité. Dans un des cas de Vegas et Cranwel, traité précisément par néphrectomie, on trouva 14 petits k. dans la couche corticale, ce qui prouve bien que dans la majorité des cas l'échinocoque pénètre dans le rein par voie artérielle.

Les lésions que l'examen microscopique révèle dans le rein envahi par k. hydat., sont le plus souvent d'ordre purement mécanique ; par compression les éléments nobles du parenchyme disparaissent tandis que les éléments conjonctifs proli-

fèrent. Les vaisseaux persistent et sont assez fréquemment le siège d'inflammation chronique. Cette destruction du parenchyme ne siège du reste que dans une zone fort limitée.

Ce travail de destruction du parenchyme se fera de façon progressive; à un stade intermédiaire on pourra noter de l'hypertrophie des glomérules avec épaississement de la capsule de Bowmann — de l'infiltration conjonctive surtout autour des vaisseaux et des tubes contournés — de la prolifération du tissu interstitiel entre les canalicules dont les cellules augmentées de volume peuvent présenter un protoplasma granuleux, trouble, laissant assez bien voir le noyau — un aspect monoliforme des tubes rétrécis en partie par les cellules proliférées et par la compression du tissu interstitiel — de l'infiltration parvi-cellulaire et des foyers de dégénérescence hyaline du tissu interstitiel proliféré.

Parfois le k. s'est développé en dehors du rein, mais immédiatement au-dessous de la capsule propre, qui engaine à la fois la tumeur et l'organe, qui du reste adhèrent l'un à l'autre. Le rein se trouve comprimé, refoulé au niveau de sa partie moyenne; généralement dans ce cas, le parasite siège sur une des faces à mi-hauteur. Cette disposition n'est pas fréquente.

En résumé :

1° Si le k. est de date récente, il sera tout petit, complètement enfoui dans le parenchyme.

2° Si le k. est plus âgé, il formera une tumeur, le plus souvent simplement surajoutée au rein. Cette forme est relativement favorable, le rein ne subissant pas trop de dommages, et ainsi que nous le verrons plus loin, elle permet le plus souvent l'emploi de la néphrectomie partielle.

3° Quand le k. est très vieux, le rein a fait partie de la paroi de la tumeur. Cette forme est défavorable, le rein est compromis. On sera dans ce cas généralement forcé d'enlever rein et tumeur. Cette disposition est heureusement assez rare.

4° Enfin dans certains cas, le k. sera engainé sous la capsule propre, extérieurement an parenchyme — ou bien simplement réuni au rein par un pédicule.

De plus il faut savoir que le k. secondairement fusionné au

rein, peut retentir sur le parenchyme d'une façon tout aussi désastreuse que le k. primitif.

Quant à la question de savoir si le k. s'est développé tout d'abord dans la substance corticale ou dans la substance médullaire, elle est insoluble. Il semble pourtant que le k. siège de préférence dans la couche corticale, ce qui est du reste assez logique.

L'échinocoque est arrêté au niveau de tubes contournés et du glomérule, dont le calibre est extrêmement petit, tandis qu'il a pu franchir sans difficulté les capillaires de l'économie. Ceci explique peut-être pourquoi le k. hydat. du rein est si peu souvent associé à d'autres localisations de l'échinococcose, malgré la rareté de son siège.

Toutes les fois qu'on observe de petits kystes enclavés dans le parenchyme, on les rencontre toujours dans la couche corticale, et pour ainsi dire jamais dans la couche médullaire.

Le k. hydat. du rein prend rarement naissance au niveau du hile, mais il est assez fréquemment en rapport avec les organes du pédicule, notamment avec l'uretère qui peut être accolé à la paroi sur une étendue souvent considérable, et qui est parfois intimement adhérente à cette paroi, fusionné dans des adhérences. Dans un petit nombre de cas, le k. hydat. s'est compliqué d'hydronéphros.

Le k. peut aussi faire basculer le rein, il s'agit généralement de k. developpés au-dessous du pôle supérieur. Cette complication est infiniment plus fréquente que l'hydronéphrose.

Dans quatre cas le k. siégea dans un rein unique, mais il ne s'agit évidemment que d'une simple coïncidence. Dans le cas d'Houzel les deux reins siégeaient à gauche, accolés l'un à l'autre, le kyste dépendait du rein le plus élevé; dans le cas de Blackburne et dans celui de Rendu, le rein unique siégeait à droite; dans le cas de Nicolich, le rein droit était representé par 5 appendices tubuliformes longs de 3 à 5 centimètres, entortillés et siégeant au niveau de la vésicule séminale.

Dans 14 cas, l'échinococcose rénale se compliqua de lithiase.

Elle peut se compliquer également de nephrite interstitielle, mais ce n'est là qu'une coïncidence : nous avons observé que ceci est notamment dans le cas de Fotheringham

et Lindsay Steven, où le rein atteint par le parasite présentait des lésions de néphrite. Ce cas est exceptionnel. Dans un très petit nombre de cas, le rein opposé était atteint de néphrite; ces cas sont généralement mortels.

Mais dans l'immense majorité des cas le rein opposé est sain, et subit une hypertrophie compensatrice. Ajoutons du reste que le plus souvent la présence du k. hydat. n'entrave en rien le fonctionnement physiologique de l'organe.

Nous avons ainsi terminé l'étude des rapports du k. et du rein. Nous l'avons traité brièvement; dans notre édition complète nous donnerons une très grande importance à ce chapitre. Rappelons que le k. hydat. siège aussi fréquemment dsan un rein que dans l'autre.

Nous avons ainsi terminé l'étude des rapports du k. et du rein. Nous l'avons traité brièvement, n'indiquant que ce qui est susceptible d'intéresser le chirurgien. Dans notre édition complète, nous donnerons une grande importance à ce chapitre. Rappelons que ce k. siège aussi fréquemment dans un rein que dans l'autre, contrairement à l'opinion admise jusqu'à ce jour.

OUVERTURE DU KYSTE HYDATIQUE DU REIN DANS LE BASSINET

Sur 357 cas, cette complication s'est produite 134 fois, à savoir :
104 fois sur 161 cas, sans intervention.
30 fois sur 196 cas, avec intervention.

OUVERTURES ANORMALES DU KYSTE

Ce chapitre est traité d'une façon absolument nouvelle : nous avons complètement modifié tout ce qui a été écrit avant nous sur ce sujet. Nous consignons et résumons le résultat de nos recherches dans le tableau ci-après :

1° Observations que nous avons éliminées.

AUTEURS	SIÈGE PROBABLE DU K. HYDAT.	OUVERTURE DU KYSTE
—	—	—
Jannin	K. abdominal, siège indéterminé.	Région lombaire.
Boinet	K. des muscles de la région lombaire	Région lombaire.
Far. Chanbasse	K. probablement des muscles de la région lombaire	Région lombaire.
Pascal	K. du bassin	Vessie et rectum.
Barthez	K. du foie (?)	Voies urinaires et tube digestif.
Béla Imrédy	K. du foie, du bassin, ou du rein.	Voies urinaires et tube digestif.
Mackenzie Beacon	K. du foie	Péritoine.

2° Observations où le siège rénal est indiscutable, mais où la perforation anormale n'est nullement prouvée.

Fleckes. — Émission d'hydatides par l'urètre et les voies digestives supérieures.

Mosler. — Émission d'hydatides par l'urètre et les voies respiratoires.

Meckel. — Émission d'hydatides par les voies respiratoires *seulement*.

3° Cas authentiques de k. hydat. du rein à perforations anormales; tous avec autopsie [1].

a. Sans communication avec les voies urinaires.

Spangemacher	Ouverture dans le côlon.
Tédenat	Ouverture dans le côlon.
Longuet	Ouverture dans le péritoine.
Harz	Ouverture dans le péritoine.
De Gorsse et Moret	Ouverture dans les voies respiratoires.
Peyrot	Ouverture dans les voies respiratoires.

b. Avec ouverture dans les voies urinaires.

Fiaux	Ouverture dans le bassinet et dans les voies respiratoires.

MULTIPLICITÉ DU KYSTE HYDATIQUE DANS LE MÊME REIN

A. — Sans autres localisations de l'échinococcose.

1° Multiplicité dans un seul rein. — *Rein droit*. Cas de Boissard (*2 poches kystiques pleines de vésicules indépendantes l'une de l'autre, situées à chaque extrémité du rein qu'elles enserrent, et qui a presque*

1. Nous pensons plutôt à la coexistence de k. multiples et indépendants les uns des autres. Notre avis du reste n'a d'autre valeur que celle d'une appréciation personnelle.

complètement disparu). — Cas de Furbringer (*deux noyaux calcifiés, le premier du volume d'un pois, et le second un peu plus gros qu'une prune*). Cas de Gangitano (*deux kystes, le premier du volume d'une noix, le second gros comme le poing, indépendants*). — Cas d'Irwing Haynes (*un grand et deux petits k. communiquant ensemble*). — Cas de Woodmann et Cayley [1].

Rein gauche. — Cas de Chevallereau et Gaucher (*un kyste à chaque pôle*). — Cas de Cranwell et Vegas (loc. cit. obs. 752, *14 petits kystes dans la corticalité*). — Cas de Dumontpallier et Laget (*un grand kyste d'une capacité de 3 litres, surmonté d'autres petits k. intercommunicants, d'une capacité totale de 250 gr.*). — Cas de Lance (*le rein était entouré d'une couronne de kystes*).

2° Multiplicité simultanément dans les deux reins. — Cas de Dunn (*les deux reins qui étaient très gros étaient remplis d'un nombre prodigieux d'hydatides*) [2].

B. — Avec autres localisations de l'échinococcose.

1° Rein droit.

Cas de Kümmel (*plusieurs kystes hydatiques dans la corticalité du rein droit; un kyste hydatique à la jambe droite, et un autre à la cuisse du même côté*. — Cas de Kyniouth (*quantité de k. hydat. dans le rein droit et le foie*). — Cas de Neisser (*nombreux k. proéminent à la surface du rein droit, un seul k. dans le rein gauche; nombreux k. dans le foie; énorme k. de la rate; k. fixés au mésentère*). — Cas d'Ollenin (*2 k. dans le rein droit, 8 k. dans le foie, 1 k. dans le petit bassin, multitude d'hydatides dans le péritoine*). — Cas de Peacock (*2 k. hydat. dans le rein droit, dont un de grande dimension; nombreux k. dans chacun des deux poumons; k. hydat. dans le myocarde; grand nombre dans le foie; quelques très grands k. dans la rate; k. sur la face inférieure du diaphragme, dans l'épiploon gastro-hépatique, dans le psoas gauche et l'iliaque droit*). — Cas de Rendu (*2 k. dans le rein droit, du volume d'une petite noix à la périphérie de la corticalité; volumineux k. de la partie antérieure du lobe frontal droit; k. dans le myocarde*).

2° Rein droit et rein gauche. — Cas de Richardson et Mackinder, cas de Hogg et Avery (*les deux reins et le foie étaient criblés de kystes*) [3].

BILATÉRALITÉ DU KYSTE HYDATIQUE DU REIN

A. — Sans autres localisations de l'échinococcose.

1° Sans multiplicité. — Cas de Cooper (*les deux reins contenaient de grands kystes hydatiques*). — Cas de Kümmel (*les deux kystes furent marsupialisés successivement à trois mois de distance*).

1. Nous nous demandons dans ce cas s'il ne s'agirait pas d'une tumeur sarcomateuse.

2, Nous n'insérons ce cas que sous toute réserve.

3. Nous nous demandons s'il ne s'agirait pas, dans ces deux observations, de maladie kystique associée du foie et des reins.

2° Avec multiplicité. — Cas de Dunn (*les deux reins qui étaient très gros étaient remplis d'un mombre prodigieux d'hydatides*[1].

B. — Avec d'autres localisations de l'échinococcose.

1° Sans multiplicité. — Cas de Pétechin (*kystes hydatiques dans le foie, les deux reins, les épiploons, le mésentère, et le bassin*).

2° Avec multiplicité dans le rein droit. — Cas de Neisser (*voir au tableau de la multiplicité*).

3° Avec multiplicité dans les deux reins. — Cas de Richardson et Mackinder, cas de Hogg et Avery (*id., voir au tableau précédent*).

ASSOCIATION DU KYSTE HYDATIQUE DU REIN AVEC D'AUTRES CANALISATIONS DE L'ÉCHINOCOCCOSE

1er type. — **Rein et foie seulement.** — *Rein droit.* — Cas de Dévé, cas de Bazy, cas de Recamier, cas de Gussenbauer, cas de Boissard, cas de Harley, cas de Heslop, cas de Harz, cas de Blümcke.

Rein gauche. — Cas de Beldring, cas de Charpentier.

Rein droit et rein gauche. — Cas de Richardson et Mackinder, cas de Hogg et Avery.

2e type. — **Rein, foie et autres sièges.** — *Rein droit.* — Cas de Williams (*poumon gauche*). — Cas de Jonassen (*rate et péritoine*). — Cas de Peacock (*poumons, myocarde, rate, péritoine, psoas gauche, iliaque droite*). — Cas de Cranwell (*plèvre*). — Cas d'Ollenin (*péritoine t bassin*). — Cas de Maurice Bloch (*rate et bassin*). — Cas de Kyniouth (*bassin*). — Cas de M. Bloch et Nélaton (*rate, péritoine et bassin*). — Cas de Condamy (*rate*). — Cas de Wlae. (*rate*)f

Rein gauche. — Cas d'Allen (*ovaire droit*).

Rein droit et rein gauche. — Cas de Pétechin (*rate, péritoine et bassin*). — Cas de Neisser (*rate et péritoine*).

Rein indéterminé. — Cas de Duchaussoy (*péritoine*). — Cas de Havage (*rate et épiploon*).

3e type. Rein et autres sièges, avec absence de k. dans le foie[2]. — *Rein droit.* — Cas de Rendu (*myocarde et encéphale*). — Cas d'Anstey Gilles (*myocarde et encéphale*). Cas de Keyes et Busch *poumon droit et péritoine* . — Cas de Bogoluboff *poumon droit*). — Cas de Kummel (*cuisse et jambe droites*).

Rein gauche. — Cas de Meckel (diaphragme, poumon gauche).

Rein indéterminé. — Cas de Cranwell (triangle de Scarpa).

Localisations multiples, le k. rénal siégeant à droite : *dans 24 cas.*
— — le k. rénal siégeant à gauche : *dans 4 cas.*
— — avec bilatéralité du k. rénal : *dans 4 cas.*
— — le côté ou siège le k. est indéterminé : *dans 3 cas.*

1. Quoique l'auteur emploie expressément le terme hydatide, nous n'inserons cette observation que sous toute réserve.

2. Les cas de Bogoluboff, Kümmel, Cranwell, sans autopsie. Tous les autres cas avec autopsie.

NOTE ADDITIONNELLE

Deuxième statistique argentine de Vegas et Cranwell.

Foie, 1125. — Poumon et plèvre, 130. — Rate, 47. — Petit bassin et organes génitaux de la femme, 47. — Cerveau, 36. — K. multiples de l'abdomen, 48. — Muscles et tissu cellulaire, 68. — Rein, 36. — Orbite, 34. — Epiploon, 26. — Mésentère, 22. — Os, 5. — K. multiples, 33. — Autres sièges, 32. — Sans siège précis, 7. — Total, 1 696.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE LA NÉPHRECTOMIE TOTALE ET DE LA NÉPHRECTOMIE PARTIELLE

Il n'y a de bonne chirurgie que la chirurgie conservatrice; le chirurgien, quand il porte le bistouri dans un organe, doit faire largement l'ablation des parties malades, mais d'autre part il faut qu'il sache respecter à l'occasion les parties saines. De plus il doit se garder d'enlever cet organe, quand ce dernier est susceptible d'être conservé par l'emploi de méthodes chirurgicales moins sévères. Cette vérite, d'une évidence absolue, et dont la démonstration est parfaitement inutile, trouve son maximum d'application quand il s'agit d'un viscère dont le rôle physiologique est primordial, le rein par exemple.

La néphrectomie totale est une opération qui a joui d'une grande vogue, et dont l'emploi a été extrêmement fréquent. Il n'y a pas encore très longtemps on ne pratiquait guère sur le rein que deux sortes d'intervention, la nephrectomie et la néphrostomie, qui fort souvent n'était que le prélude d'une néphrectomie. Mais depuis quelque temps on s'est efforcé d'appliquer à la chirurgie renale des principes plus conservateurs : de là est née la néphrectomie partielle qui s'appellera résection cunéiforme du rein ou résection orthopédique, suivant les cas auxquels on l'applique et qui est une excellente opération dont l'usage a commencé à se généraliser.

Quelles sont les conditions qui legitiment une néphrectomie. La néphrectomie doit être faite dans deux cas : 1° quand le rein est le siège d'une affection qui constitue un danger pour l'organisme tout entier, soit par son caractère malin, soit par les symptômes dont elle s'accompagne; — 2° quand le parenchyme est détruit, et que le rein n'a plus aucune valeur physiologique. Nous venons de poser ainsi d'une façon extrêmement schématique, les indications de la néphrectomie.

Le k. hydat. du rein constitue-t-il une affection grave? A cette question nous répondrons par la négative et cela de la façon la plus formelle. Cette localisation de l'échinococcose est bien au contraire une affection extrêmement bénigne.

Au point de vue anatomo-pathologique, cette tumeur parasitaire ne présente pas le moindre caractère malin, et elle ne retentit nullement sur l'état général du sujet. — Au point de vue symptomatologique, il s'agit d'une affection dont la durée est extrêmement longue; dans certaines de nos observations, les malades étaient porteurs de leur k. depuis quinze ans, vingt ans et même trente ans, et pourtant leur état général n'était aucunement altéré. Le k. hydat. manifestera évidemment sa présence par des symptômes souvent fort pénibles et douloureux; la tumeur dont le volume peut être considérable, dans certains cas, sera gênante par sa présence, et pourra par compression et action mécanique exercer une action fâcheuse sur le fonctionnement des organes voisins. Le malade sera exposé à rendre des hydatides avec les urines; nous avons vu en effet que quand on n'intervient pas chirurgicalement, cette complication se produit encore dans les deux tiers des cas.

L'émission d'hydatides par les voies urinaires s'accompagnera de symptômes fort douloureux, mais d'ordre exclusivement mécanique, coliques néphrétiques, accidents de rétention d'urine, obstruction de l'urètre. Quant à l'infection de la voie urinaire, elle est extrêmement rare; sur 134 cas de k. hydat. du rein avec émission d'hydatides, nous n'avons noté la présence de pus dans l'urine que 25 fois.

Donc, au triple point de vue du caractère de la tumeur, du retentissement sur l'état général et du retentissement sur les voies urinaires, nous concluons à la bénignité de cette affection[1]. — Quant à sa mortalité elle est peu considérable; le lecteur pourra en juger, en parcourant le tableau ci-joint, qui a été fait avec grand soin.

1. Il faut remarquer notamment que dans 43 cas le k. hydat. ne manifeste sa présence par aucun symptôme et fut trouvé par hasard au cours d'autopsies.

CAS NON OPÉRATOIRES
CAUSES DE LA MORT

A. — Le kyste hydatique du rein n'est nullement en cause.

I. — LE KYSTE ÉTAIT FERMÉ

1° **Autres localisations de l'échinococcose.** — *Poumon* : cas de Peacock (obs. 14), cas de Cranwell (obs. 21). — *Cerveau* : cas de Rendu (obs. 6), cas d'Anstey Gilles (obs. 20). — *Foie* : cas de Dévé. — *K. siégeant dans d'autres organes et opérés* : cas de Beldring (obs. 1), cas de Jonassen (obs. 8), cas de Neisser, cas de Gaultier et Bloch.

2° **Affections de l'appareil urinaire.** — *Lithiase du côté opposé avec suppuration* : cas de Gay (obs. 3). — *Anurie* : cas de Marsh (obs. 16). — *Prostatique infecté* : Nicaise et Marie (obs. 10).

3° **Affections de l'appareil cardio-pulmonaire.** — *Pleurésie* : cas de Williams (obs. 7), cas de Charpentier (obs. 15), cas de Cranwell (obs. 18), cas de Blümcke (obs. 19). — *Bronchite capillaire* : cas de Lacrousilles (obs. 4). — *Péricardite* : cas de Duchaussoy (obs. 11).

4° **Affections de l'appareil digestif.** — *Cancer de l'estomac* : cas de Guinand (obs. 17). — *Obstruction intestinale* : cas de Vigier (obs. 5). — *Cancer des voies biliaires* : cas de Nicaise et Claret.

5° **Affections du système nerveux.** — *Hémorragie ventriculaire* : cas de Devaux et Renon (obs. 9). — *Paraplégie* : cas de Richardson et Mackinder (obs. 12).

6° **Causes diverses.** — *Accident* : cas de Hogg et Avery (obs. 13). — *Gangrène du pied* : cas de Rayer (obs. 2). — *Contusion abdominale* : cas de Chevallereau et Gaucher. — *Nécrose du tibia* : cas de Spangemacher (obs. 136) [1].

7° **Cause non signalée, mais le k. n'est point en cause** : 17 cas.

II. — LE KYSTE COMMUNIQUAIT AVEC LE BASSINET

1° **Affections de l'appareil respiratoire.** — *Tuberculose pulmonaire* : cas de Defrance (obs. 42), cas de Jouon (obs. 50), cas de Klippel (obs. 45) [2]. — *Pneumonie chronique et bronchectasie* : cas de Dumontpallier et Laget (obs. 51).

2° **Affections de l'appareil digestif.** — *Cancer du foie et cancers multiples* : cas de Melot (obs. 48). — *Cirrhose hépatique* : cas de Sangalli (obs. 52).

3° **Affections de l'appareil urinaire.** — *Accidents lithiasiques* : cas de Blackburne (obs. 46), cas de Desault (obs. 47). — *Urémie lésions du rein opposé* : cas de Fotheringham et Lindsay Steven (obs. 44) [3].

4° **Cause non signalée, mais le kyste n'est point en cause** : 5 cas.

1. Le kyste rénal était ouvert dans le côlon.

2. Le kyste suppura, mais il est à peu près certain que le malade mourut, non du fait de cette suppuration, mais du fait de ses lésions tuberculeuses.

3. Le kyste suppura, mais on peut affirmer que le malade mourut uniquement du fait de l'urémie.

B. — Le kyste hydatique du rein est cause de la mort.

I. — LE KYSTE ÉTAIT FERMÉ

Accidents suppuratifs. — Cas de Meckel (obs. 36), cas de Rayer (obs. 37), cas de Reecker (obs. 38), cas de Cranwell (obs. 39), cas de Chibret (obs. 41).

Rupture du kyste rénal dans le péritoine. — Cas de Longuet (obs. 137).

Rupture du kyste rénal dans la plèvre. — Cas de de Gorsse et Moret (obs. 141).

II. — LE KYSTE ÉTAIT OUVERT

1° **Accidents suppuratifs.** — Cas de Colleau et Desault (obs. 43).
2° **Insuffisance urinaire.** — Cas de Kyniouth.

CAS OPÉRATOIRES. — CAUSES DE LA MORT

A. — L'intervention n'est nullement en cause.

I. — ANCIENS PROCÉDÉS

Cas de Woodmann et Cayley (*bronchopneumonie et cachexie*, obs. 151). — Cas d'Havage (*obstruction intestinale par k. abdominaux*, obs. 152). — Cas de Troisier et de Lapersonne (rupture traumatique du rein où siégeait le k., obs. 154). — Cas de Harley (*hémorragie cérébrale*, obs. 155). — Cas de Weinlechner (*tumeur blanche du genou*, obs. 153).

II. — MARSUPIALISATION

Cas de Berger et Dieulafoy (obs. 240). — Cas de Nicolich (*insuffisance urinaire*, obs. 245). — Cas de Küster (*lésions cardiaques*, obs. 239).

III. — NÉPHRECTOMIE

Cas de Houzel (*rein unique*, obs. 258).

IV. — NÉPHRECTOMIE PARTIELLE

Cas de Jerosch (*lésions du rein opposé*, obs. 316).

B. — L'intervention fut cause de la mort.

I. — ANCIENS PROCÉDÉS

Cas de Heslop et Eccles (obs. 150). — Cas de König (obs. 157). — Cas de Nélaton (obs. 159). — Cas de Deffaux (obs. 160). — Cas de Boissard (obs. 161).

II. — MARSUPIALISATION

Cas de Stinson (obs. 238). — Cas de Cranwell et Vegas (obs. 246). — Cas de Grohé (obs. 241). — Cas de Schulte et Helferich (obs. 243). — Cas de Récamier (obs. 244). — Cas de Cranwell et Vegas (obs. 242).

III. — NÉPHRECTOMIE

Cas d'Hinckeldeyn (obs. 285). — Cas de Vogt et Wagner (obs. 286). — Cas de Zerenin (obs. 287). — Cas de Irwing Haynes (obs. 289). — Cas de Paton (obs. 290). — Cas d'Hildebrand (obs. 291). — Cas d'Albarran (obs. 302). — Cas de Peyrot (obs. 305).

IV. — NÉPHRECTOMIE PARTIELLE

Cas de Spiegelberg (obs. 313).

En résumé :

1° Cas non opératoires; le k. n'est point en cause dans 53 cas, le k. est en cause dans 9 cas.

2° Cas avec intervention : l'intervention n'est point en cause dans 10 cas, l'intervention est en cause dans 20 cas.

D'autre part, nous avons vu au chapitre de l'*Anatomie pathologique*, que dans la majorité des cas, le k. hydat. laisse intactes des portions, parfois fort considérables, du parenchyme rénal. Il est incontestable, que le chirurgien qui intervient pour un k. hydat. dn rein, aura parfois l'occasion de rencontrer ce type anatomique, qui est caractérisé par l'existence d'une cavité kystique de capacite variable, quelquefois énorme, dont la paroi d'épaisseur inégale, présente soit à un de ses pôles, soit au niveau d'une des faces, un épaississement plus ou moins marqué, quelquefois épais de plusieurs centimètres, qui constitue les vestiges du rein. Nous reconnaissons que dans ce cas, il n'y a généralement d'autre conduite à tenir que la néphrectomie.

Mais cette disposition anatomique est loin d'être la plus fréquente. Que de fois ne voit-on pas le k. former comme une masse surajoutée au rein. Le parasite se sera développé dans un des pôles de l'organe, je suppose, il aura par action mécanique, par compression, detruit une partie plus ou moins considérable du parenchyme, quelquefois les deux tiers, mais la portion restante de l'organe sera constituée de tissu rénal

absolument normal, et fonctionnant parfaitement au point de vue physiologique. — Parfois même, le k. se sera développé en dehors du parenchyme, immédiatement sous la capsule propre du rein; dans ce dernier cas, l'organe sera presque entièrement intact.

Nous venons donc de rappeler au lecteur deux faits très importants, à savoir :

1° Que le k. hydat. du rein, au point de vue de ses symptômes et de son évolution, est une affection relativement bénigne.

2° Que dans la majorité des cas, le parasite laisse intacte une grande partie du parenchyme, et que ce parenchyme est parfaitement apte à remplir ses fonctions physiologiques.

Nous avons relevé 38 cas de k. hydat. du rein, traités par néphrectomie totale : les voici classés par ordre chronologique.

1880. Hinckeldeyn (obs. 16).
1884. Aretaeas (obs. 5).
1886. Boeckel (obs. 1), Vogt et Wagner (obs. 17).
1887. Chandelux (obs. 6), Billroth (obs. 37).
1888. Knie (obs. 23), Schede (obs. 24).
1890. Lawson Tait (obs. 7).
1891. Sänger (obs. 2), Houzel (obs. 19).
1892. Tansini (obs. 3).
1893. Potempski (obs. 25).
1895. Hildebrand (obs. 22).
1897. Zerenin (obs. 18).
1898. Veliaminoff (obs. 26), Leonte (obs. 8), Jerosch (obs. 27).
1899. Meinel (obs. 9).
1900. Zartarian (obs. 38), Cranwell (obs. 15), Tuffier (obs. 10), Stein (obs. 4).
1901. Albarran (obs. 28), Pupovac (obs. 29), Gangitano (obs. 30), Leonte (obs. 13), Irwing Haynes (obs. 20).
1902. Pluyette (obs. 12), Ricard (obs. 31), Herczel Mano (obs. 34), Brewer (obs. 35).
1903. Bloch (obs. 32), Albarran (obs. 33).
1904. Opitz (obs. 4), Sarrazin (obs. 14).
1905. Paton (obs. 21).
Date inconnue : Peyrot (obs. 36).

Au point de vue historique nous devons citer deux travaux très importants. Tout d'abord le remarquable mémoire du Professeur Boeckel, mémoire qui date de 1887. Boeckel fut le

premier qui tenta avec succès la néphrectomie transpéritonéale dans le traitement du k. hydat. du rein[1]. Il publia à l'occasion de cette intervention un très intéressant travail qui fit époque et dont les conclusions sont restées classiques. Au Professeur Boeckel revient l'honneur d'avoir préconisé la néphrectomie dans le traitement du k. hydat. du rein.

En 1892, Houzel traita par ce procédé un cas de k. hydat. du rein ; malheureusement il s'agissait d'un rein unique. Pour être plus précis, les deux reins siégeaient du côté gauche immédiatement l'un au-dessus de l'autre et le k. était développé aux dépens du rein supérieur, Houzel ne s'aperçut de cette disposition anatomique que quand les deux organes eurent été séparés de leurs connexions vasculaires ; le rein inférieur fut laissé en place avec son uretère, mais comme il fallait s'y attendre, le malade mourut d'urémie au cinquième jour. Houzel fit alors le procès de la néphrectomie dans un mémoire publié dans la *Revue de Chirurgie*.

Boeckel apportait une statistique de 4 cas de k. hydat du rein traités par néphrectomie, dont 3 avec mort. Houzel en apportait 6 cas, dont 5 avec mort. Ces chiffres n'étaient à vrai dire guère encourageants.

Sur les 38 observations de k. hydat. du rein traités par néphrectomie que nous avons recueillis, nous ne relevons que 9 cas de mort. Dans 22 cas, la néphrectomie fut pratiquée par voie transperitonéale, et 7 fois la terminaison fut fatale ; dans 12 cas, par voie lombaire, avec seulement 1 cas de mort ; dans 3 cas par voie inconnue, avec 1 cas mortel.

Les conclusions que donne notre statistique sont donc infiniment moins sombres, que celles qui résultaient des mémoires de Boeckel et de Houzel. Mais pourtant, la néphrectomie appliquée au traitement des k. hydat. du rein, reste une opération bien meurtrière, surtout si nous la comparons aux autres procédés susceptibles d'être également mis en usage. La mortalité des cas traités par néphrectomie atteint 21,47 p. 100, alors que la mortalité des cas traités par marsupialisation n'est que

1. Ce fut en réalité Aretaeas qui traita le premier avec succès un k. hydat. du rein par ce procédé et par cette voie, mais il ne publia son observation qu'en 1890.

de 6,12 p. 100. La mortalité des cas traités par les anciens procédés n'est que de 20 p. 100. Nous entendons par anciens procédés, la ponction, le procédé de Nélaton, le procédé de Récamier, méthodes qui ne sont plus employées et qui ne donnaient, du reste, que de bien mauvais résultats.

La disproportion que nous relevons entre la gravité de la néphrectomie et la bénignité du k. hydat. du rein, qui, nous le répétons, évolue dans la majorité des cas durant de longues années, sans altérer l'état général du sujet et sans s'accompagner d'accidents graves — et qui, d'autre part, laisse intactes le plus souvent de grandes portions du parenchyme, permettant au rein de continuer à remplir son rôle physiologique — cette disproportion, disons-nous, cause au premier abord une impression fâcheuse. Il est du reste juste d'ajouter que tous les cas de k. hydat. du rein ne se ressemblent point et qu'il en est certainement qui demandent à être traités par néphrectomie.

Pour pouvoir juger de façon convenable ce procédé opératoire, nous allons étudier successivement chacun des 38 cas que nous avons recueillis, au triple point de vue suivant :

1° Quel était l'état du rein enlevé.

2° Dans le cas malheureux, quelles furent les causes directes de la mort.

3° Dans le cas à terminaison favorable, comment s'effectua la guérison.

Quand nous aurons fait cette triple étude, nous pourrons porter sur la valeur de la néphrectomie appliquée au traitement des k. hydat. du rein, un jugement vraiment sérieux.

Dans un certain nombre d'observations, les auteurs négligent de nous renseigner sur l'état du rein qu'ils enlevèrent. Dans le cas de Paton, où le malade succomba en quarante-huit heures, aucun détail, ni sur l'examen du rein enlevé, ni sur l'autopsie. — Dans le cas de Brewer, la pièce disparut; on la fit passer entre les mains de ceux qui assistaient à l'intervention, et il fut impossible de la retrouver. — Dans le cas de Tuffier, qui était pourtant fort intéressant, attendu qu'il s'agissait peut-être d'un k. secondairement fusionné avec le rein, et

qu'indépendamment du k. hydat., le rein présentait une poche d'hydronéphrose, les renseignements sont insuffisants. Dans les cas d'ARETAEAS, de LAWSON TAIT, de STEIN, de PEYROT et de KNIE, les opérateurs nous donnent trop peu de détails pour que nous puissions porter une appréciation quelconque. Nous savons pourtant que Lawson Tait commença par pratiquer l'énucléation ; le rein fut dilacéré à la suite de ces manœuvres, et cette dilacération du parenchyme jointe à l'état de désorganisation de l'organe, suivant les propres termes de l'auteur, détermina le chirurgien anglais à pratiquer la néphrectomie.

Voilà donc 8 observations qui ne nous fournissent aucun renseignement, il nous en reste 30 à analyser.

Dans cinq cas on peut se demander si le rein n'a pas été enlevé à tort. Dans le cas de SÄNGER la tumeur et le rein avaient la forme d'une grosse poire, dont l'extrémité pointue était constituée par le tiers inférieur du rein intact; le k. ne communiquait pas avec le bassinet. — Dans celui de THIERSCH, VOGT et WAGNER, le k. du volume d'une tête d'enfant était développé aux dépens de la corticalité du pôle inférieur. Le reste du rein semblait normal, il avait 11 centimètres de long sur 6 de large. — Dans le cas de POSTEMPSKI, le k. surmontait le pôle supérieur du rein ; ce dernier était lobé, comparable à celui d'une génisse, et tellement volumineux qu'on se demanda un moment s'il ne s'agissait pas d'un rein unique ; pas d'autres détails. — Dans le cas de JEROSCH, le k. dépendait du pôle supérieur du rein ; du volume des deux poings, il descendait jusqu'au hile et remontait jusqu'au diaphragme, auquel il adhérait beaucoup. Lors de la libération du pôle superieur, le *k. se sépara du rein* ; celui-ci fut enlevé, il mesurait 7 centimètres de long sur 6 de large. Nous nous demandons vraiment pourquoi on enleva le rein, puisque le k. s'en était détaché. — Dans le cas d'HERZEL MANO, le rein atrophié était situé en dedans de la tumeur ; il était réduit à la moitié de son volume, mais présentait du parenchyme relativement sain. Particularité intéressante, au niveau de l'abouchement de l'uretère, on trouva un calcul long de 5 centimètres, large de 2, du volume d'un pruneau et de la forme d'une pipe. — Enfin dans le cas de BILLROTH, le rein néphrectomié était

normal. On se décida à l'enlever, parce que le décollement de la capsule paraissait trop avancé. Kirmisson qui assista à cette intervention et relata ce fait au cours d'une discussion à la Société de Chirurgie, pense que dans ce cas la marsupialisation aurait été infiniment préférable.

Il nous semble donc que dans ces cinq cas, la néphrectomie totale fut pratiquée à tort. Dans un autre cas, celui de Meinel, le k. de la grosseur d'une grosse orange émergeait de la partie inférieure de la face antérieure du rein. Le rein était situé au-dessous du k., seulement aplati, presque sain, et le chirurgien regretta de l'avoir enlevé. — Enfin dans le cas de Leonte, le k. développé aux dépens du pôle inférieur, était surmonté d'une portion saine de l'organe, que du reste on voulait conserver. Mais la tumeur présentait avec le côlon d'intimes adhérences; au cours de la libération de la tumeur d'avec le côlon, de crainte de perforer ce dernier, on fit passer le bistouri assez loin de l'intestin, et en plein dans la partie fibreuse. L'uretère, qui à partir de son origine était englobé dans ces adhérences sur une longueur de 8 centimètres, fut alors sectionné en deux endroits et force fut de faire la néphrectomie.

Passons maintenant à l'examen des 23 autres observations.

Dans le cas de Bœckel, le rein mesurait 13 cm. 1/2 de longueur; son extrémité inférieure large de 6 cm. 1/3 était libre et d'aspect normal, son épaisseur était de 4 centimètres. Toute sa partie supérieure était très notablement atrophiée et se présentait comme une lame mesurant à peine un centimètre d'épaisseur. Le k., du volume d'une tête d'enfant, situé sur le bord convexe, n'empiétait sur aucun des deux pôles. Autour du k. le parenchyme présentait un aspect fibreux sur 2 à 3 centimètres, et au niveau du hile ce tissu comprimait calice et bassinet; les calices étaient transformés en partie en tissu fibreux : deux uretères émergeaient du bassinet. Nous nous demandons si dans ce cas, la marsupialisation n'aurait peut-être pas été préférable. — Dans le cas de Tansini, le pédicule du k. s'implantait dans le hile du rein, ce dernier notablement diminué de volume, présentait par suite de la disparition de sa partie moyenne, réduite à un cordon fibreux, deux

lobes de dimensions à peu près égales et distants l'un de l'autre de 5 centimètres; dans ce cordon fibreux, canal faisant communiquer les deux cavités l'une avec l'autre : toutes deux du reste communiquaient avec l'uretère. Tansini ajoute cette phrase énigmatique : « l'examen histologique de ce qui restait de parenchyme n'a pas donné de résultats dignes d'être notés ». Aussi nous est-il très difficile de porter une appréciation sur ce cas. Il nous semble pourtant que la marsupialisation aurait été préférable. — Dans le cas d'Opitz, la tumeur occupait le pôle supérieur du rein, qui s'était déplacé de telle façon que son pôle supérieur regardait en avant et en bas; les vaisseaux passaient en arrière du bassinet et de l'uretère. Le k. était gros comme une tête d'enfant; les vestiges du rein entraient dans la constitution de la paroi. — Dans le cas de Chandelux il ne persistait de rein normal que le cinquème; mais cette portion qui restait paraissait absolument saine aussi bien dans la zone corticale que dans la zone médullaire. — Dans le cas de Pluyette, le k. s'était formé aux dépens du pôle inférieur du rein, il ne restait presque rien du parenchyme qui constituait la base de la poche kystique. — Dans un autre cas de Leonte, la tumeur extirpée présentait la forme et les dimensions d'une tête d'enfant, sa paroi était épaisse, présentant par place des îlots, dont la consistance et l'aspect rappelaient le rein; le reste de la paroi était constitué d'une masse musculo-fibreuse. — Dans le cas de Sarrazin la tumeur du volume d'une tête d'enfant dépendait du pôle inférieur du rein droit; on trouvait encore un peu de parenchyme au pôle supérieur, à peine du volume d'une noix. L'examen microscopique montra que ce petit reste de parenchyme rénal pouvait être considéré comme capable de fonctionner encore.

Dans le cas de Cranwell et Vegas, le rein était du volume d'un œuf d'autruche; sa surface était inégale et bosselée; à la capsule adhéraient de nombreuses brides fibreuses résistantes. En le sectionnant on trouva dans la couche corticale, 14 petits k. — Dans le cas de Hinckeldeyn, le k. hydat. du volume d'une tête d'enfant était développé dans la couche médullaire; le bassinet était comprimé et le parenchyme considérablement atrophié. — Dans le cas de Zerenin, ce qui restait

du rein était soudé à la partie interne de la tumeur sous forme d'une annexe aplatie. — Dans le célèbre cas de Houzel, la partie du k. était très épaisse : en avant 1 centimètre, en arrière et sur les côtes jusqu'à 3; dures et résistantes à la coupe, d'aspect nacré. Elles faisaient corps en arrière avec la partie du rein enlevée ; cette partie était aplatie, dure, comme condensée, parcheminée et méconnaissable à la coupe. — Dans le cas de Haynes on ne trouva pas trace de parenchyme dans la paroi du k. — Dans le cas d'Hildebrand, la tumeur du volume d'une tête d'enfant nouveau-né occupait les 2/3 supérieurs du rein, le 1/3 inférieur était normal. — Dans le cas de Schede, la paroi du sac fibreux, d'épaisseur à peu près uniforme dans tout le reste de son étendue, ne présentait d'épaississement qu'à sa partie postérieure et supérieure ; là se trouvait une saillie qui surmontait le sac à la façon d'un chapeau ; elle était épaisse d'un centimètre environ à sa partie moyenne, elle s'amincissait latéralement, et sa surface dépassait à peine celle d'un rein normal. Schede ajoute : « évidemment il ne pouvait s'agir que du rein, d'autant plus qu'il fut impossible d'en trouver trace ailleurs ». — Dans le cas de Sérapin, la tumeur sphérique, grosse comme une tête d'enfant de cinq ans, présentait à sa partie supéro-externe une portion plus dure, sorte de saillie surajoutée, rappelant la forme du rein. Il est dit pour le même cas, un peu plus loin, ceci qui contredit un peu la phrase précédente : « dans le rein enlevé, on ne trouve de parenchyme normal, qu'au niveau de sa moitié antérieure et de la partie adjacente du bord externe. Le k. comprimait complètement le bassinet et l'uretère, mais néanmoins leur lumière était conservée ».

Mais de toute façon, il ne restait pour ainsi dire plus de parenchyme. — Dans un des cas d'Albarran, la tumeur à parois calcifiées par endroits, était située sur la face antérieure du rein, sans qu'il fût possible de dire si elle était née dans le rein lui-même, ou en avant de lui. Le rein avait conservé sa forme, il était bosselé et dilaté au niveau de ses deux pôles; il était presque entièrement détruit par compression et envahissement direct; dans le parenchyme restant, lésions avancées d'hydronéphrose. Le k. était ouvert dans le bassinet.

Dans le cas de Pupovac, le k. du volume d'une tête d'enfant était développé aux dépens du pôle inférieur; il comprimait manifestement l'uretère; les calices et le bassinet étaient remplis de pus. Le parenchyme était profondément modifié, envahi par un abondant tissu conjonctif, et on ne constatait çà et là que quelques glomérules et canalicules isolés. — Dans le cas de Gangitano, l'examen microscopique démontra également que ce qui persistait du rein n'avait aucune valeur physiologique. — Dans le cas de Ricard, le rein de volume presque normal occupait le centre de la tumeur, entouré d'une véritable couronne de k. — Dans le cas de Bloch il ne persistait du rein que deux moignons, tous deux situés à la place postérieure du k.; le plus volumineux placé tout à fait en haut, était long de 5 centimètres et large de 4; il surplombait un peu le pôle supérieur du k. Au premier abord il semblait constitué de parenchyme normal, ce qui fut du reste reconnu fondé à l'examen microscopique. L'autre moignon, plus petit, nageait à la partie inférieure de la face postérieure du k. — Dans le deuxième cas d'Albarran, le rein très réduit de volume était situé en haut, en arrière et en dehors du k., à l'union des 2/3 inférieurs avec le 1/3 supérieur. Il était très réduit de volume, constituant un moignon de la grosseur d'un poing d'enfant. Le parenchyme était considérablement diminué d'épaisseur. En résumé rein distendu et petit, présentant des lésions de dilatation ancienne. — Enfin dans le cas de Zartarian, le rein était complètement détruit, il n'y avait presque plus de parenchyme : il était transformé en une poche durcie et calleuse.

Donc :

1° Dans 7 cas, détails insuffisants : cas d'Aretaeas, de Lawson Tait, de Tuffier, Stein, Paton, Knie, Brewer et Peyrot;

2° Dans 8 cas on fit la néphrectomie alors qu'il persistait du parenchyme sain et qu'on aurait pu peut-être employer une autre méthode : cas de Sänger, Vogt et Wagner, Meinel, Potempski, Jerosch, Herczel Mano, et Billroth. — Réserves relativement au cas de Bœckel.

3° Dans 15 cas, la néphrectomie fut absolument justifiée :

cas d'Opitz, de Chandelux, de Leonte, de Pluyette, de Sarrazin, de Zerenin, d'Houzel, d'Haynes, de Schede, de Serapin, dans les deux cas d'Albarran, dans le cas de Pupovac, dans ceux de Gangitano, de Bloch et de Zartarain.

4° Dans le cas de Leonte, la néphrectomie dut être faite, l'uretère ayant été sectionné au cours des manœuvres de libération. — Dans le cas de Ricard, il semble que le rein a été sain, mais il était complètement entouré de k. et on ne pouvait guère faire autre chose qu'une néphrectomie. — Dans le cas de Cranwell, le rein était farci de k., ce qui fait qu'on ne pouvait guère appliquer d'autre méthode de traitement. — Dans le cas de Tansini, il nous est difficile de porter une appréciation. — Dans les cas de Hinckeldeyn et d'Hildebrand, on peut affirmer d'une façon à peu près certaine que la néphrectomie fut justifiée.

Mais dans la majorité des cas, le k. hydat. retentit d'une façon bien moins fâcheuse sur le parenchyme. Nous savons en effet que le plus souvent le kyste forme comme une masse surajoutée au rein.

Nous avons relevé 9 observations de k. hydat. du rein traités par néphrectomie avec issue fatale. Le lecteur trouvera l'exposé sommaire de ces 9 cas dans le préambule qui précède le chapitre I des documents.

Nous allons maintenant voir quelles furent les suites opératoires, dans les cas favorables; nous devons reconnaître qu'elles furent en général excellentes.

Dans le cas de Boeckel, divers incidents se produisirent; au cours de l'opération, par suite de la négligence d'une infirmière une bouillote causa des brûlures très profondes et très étendues aux deux pieds de la malade; ces brûlures occasionnèrent au cours de la troisième semaine une phlébite et la formation d'un vaste abcès de la cuisse. Les urines présentèrent de l'albumine à la suite de l'opération; de 800 grammes elles s'élevèrent progressivement à 2000 au douzième jour. Le onzième jour et les jours suivants un peu de rougeur de la face, urticaire autour des paupières, œdème de ces dernières. La malade sortit complètement guérie deux mois et demi après l'opération. — Dans le cas de Sänger, shock opéra-

toire dont la malade se remit rapidement, guérison en trois semaines; les urines, de 660 centimètres cubes, s'élevèrent progressivement à 1 300 le quinzième jour. — Dans le cas de Tansini, guérison en trois semaines; drainage; les urines, de 740 grammes s'élevèrent en deux jours à leur taux normal. Guérison en dix-huit jours dans celui d'Opitz; les urines, de 600 grammes, reviennent au taux normal en quatorze jours. — Dans celui de Chandelux, durant cinq jours accidents fébriles, élévation de température de 40°; les urines, de 450 grammes, reviennent bientôt à leur taux normal; guérison complète en vingt-cinq jours. — Dans le cas de Lawson Tait, suites excellentes; drainage; l'emission des urines de 26 centimètres cubes par vingt-quatre heures s'éleva bientôt à 40; la malade se leva au trente-sixième jour. — Dans le premier cas de Leonte, on fit une contre-ouverture en arrière; suites excellentes. — Dans le cas de Meinel, pneumonie durant les six premiers jours, guérison complète au vingt-cinquième jour. — Dans le cas de Tuffier, drainage, guérison en trois semaines. — Dans le cas de Stein, drainage, 1 300 grammes d'urine le lendemain de l'opération, guérison au vingt-quatrième jour. — Dans le cas de Pluyette, 38°,5 le soir de l'opération, les jours suivants température de 37°,5 le matin et aux environs de 38° le soir; 850 grammes d'urine le surlendemain de l'opération. Guérison complète au bout d'un mois. — Dans le deuxième cas de Leonte, les urines varièrent entre 400 et 1 060 centimètres cubes par vingt-quatre heures: petite collection sanguino-purulente sous le tégument, température 38°,6 à deux reprises. Guérison.

Dans le cas de Sarrazin, 39° le lendemain de l'opération. Mais émission de 1 525 gr. d'urine; la quantité oscilla ensuite entre 1 000 et 1 650. La température ne retomba à la normale qu'au bout de plusieurs semaines. Au 5e jour fistule stercorale qui dura cinq semaines. Finalement guérison parfaite. — Dans le cas de Knie, shock opératoire, le malade faillit mourir sur la table; il rendit 250 gr. d'urine au cours des douze premières heures (il s'agissait d'un enfant de quatre ans); fistule stercorale au 7e jour; guérison complète en sept mois. Dans le cas de Schede, les urines, de 650 gr. atteignirent le taux

normal à la fin de la première semaine ; issue d'urine au niveau de la plaie. Suites apyrétiques. La malade partit sept semaines après l'opération, la plaie n'était pas fermée vu que la malade était emphysémateuse et faisait de continuels efforts de toux ; il s'agissait d'une femme de cinquante-huit ans. Trois mois après sa sortie, la malade rentra : on réséqua la cicatrice jusqu'au péritoine et on la sutura à nouveau.

Dans le cas de Postempski, guérison complète. Urines, minimum 600 grammes ; la moyenne oscilla entre 1 400 et 1 600. Dans le cas de Veliaminoff, drainage ; presque pas de fièvre. A la suite de l'opération la quantité d'urine tomba à 300 cm. cubes Mais elle atteignit 1 500 cm. cubes à la fin de la première semaine. Fistule complètement fermée au bout de deux mois. — Dans le cas de Jerosch, drainage, légère hyperthermie le soir. Guérison en deux mois. Dans le cas d'Albarran, guérison en 26 jours ; dans celui de Pupovac, en 17 jours. Dans le cas de Gangitano, drainage ; 360 grammes d'urine le premier jour, 710 gr. le second, un litre au 6^{e} jour. Temp. maxima 38°,8 au 4^{e} jour. La malade sortit complètement guérie le 29^{e} jour. — Dans le cas de Bloch, drainage, cicatrisation complète en 25 jours ; urines 500 gr. le premier jour, 1 240 gr. le second.

Dans le cas d'Aretaeos, de Ricard et de Cranwell et Vegas, guérison ; pas d'autres renseignements.

Nous pouvons donc conclure que, à part deux ou trois cas (notamment les cas de Sarrazin et de Knie, où il se produisit une fistule stercorale), les suites de la néphrectomie furent bonnes et que la guérison fut extrêmement rapide. Bien entendu, nous faisons exception des cas avec issue fatale.

De tout ce qui précède, considérations et analyses de documents, il résulte que la néphrectomie pourra être appliquée d'une façon très avantageuse, au traitement de certains k. hydat. du rein. On devra pratiquer l'ablation du rein, quand ce dernier n'existe plus qu'à l'état de vestige, et quand il fait corps avec la paroi du k. Nous rappelons au lecteur l'existence de ce type anatomique de k. hydat. du rein caractérisé par la présence d'une poche plus ou moins considérable et dont les parois sont d'épaisseur inégale ; à un endroit

donné, correspondant soit à un des pôles, soit à une des faces, ou à un des bords de la tumeur, on peut constater l'existence d'un épaississement plus ou moins saillant, dont la hauteur et la surface sont variables : cet épaississement représente ce qui reste du rein. L'organe a disparu dans la paroi du k., dont il fait en quelque sorte partie intégrante. Quelquefois l'épaississement sera insignifiant, et la présence du rein ne sera guère décelée qu'au microscope. Parfois on constatera l'existence d'une petite saillie, d'un petit moignon surajouté à la paroi kystique. Dans certains cas, au contraire tout parenchyme aura disparu, et même au microscope, on ne trouvera aucun vestige du rein.

Quand le k. hydat. du rein revêt ce type anatomique, on note généralement l'indépendance absolue de la cavité du k. d'avec le bassinet. Ce fait est assez curieux ; on trouve alors le bassinet le plus souvent aplati et réduit à une cavité virtuelle. Faisons remarquer que, même quand il ne reste qu'une toute petite quantité de parenchyme rénal, il n'est pas rare de le trouver presque normal, à l'examen microscopique. Mais il en reste généralement si peu, que cette constatation est sans grand intérêt au point de vue chirurgical.

Quand le k. hydat. du rein se présente sous ce type, on a évidemment intérêt à faire la néphrectomie totale ; c'est même le seul procédé opératoire dont il convienne de faire usage. Pratiquer une intervention conservatrice serait hors de propos ; le rein n'existe plus, ou du moins n'existe plus en tant qu'organe jouant un rôle physiologique, la présence de quelques centimètres cubes de parenchyme sain n'ayant aucune sorte de valeur pratique.

Ainsi que le lecteur le verra plus loin, nous préconisons vivement la néphrectomie partielle, mais faut-il encore que ce qui reste du rein en vaille la peine, et de plus, ces sortes d'interventions ne peuvent être tentées que quand le k. présente avec le rein certains rapports anatomiques. — Quant à la marsupialisation elle est également hors de propos, attendu que la marsupialisation est une opération conservatrice au même titre que la néphrectomie partielle, avec cette seule différence qu'elle est moins élégante et moins radicale.

De plus le fait de laisser une grande poche en relation directe avec l'extérieur, risque toujours d'exposer à des accidents suppuratifs et infectieux. Or à quoi bon courir un pareil risque si ce qui reste de parenchyme ne peut servir de rien.

Donc quand le k. hydat. du rein se présente sous ce type anatomo-pathologique on doit pratiquer la néphrectomie. Mais à notre sens, c'est le seul cas où on soit autorisé à la faire et quand il reste une portion de parenchyme sain assez étendue pour jouer un rôle physiologique utile, on doit avoir recours à d'autres procédés.

Faisons remarquer que la néphrectomie ne peut même pas s'appliquer à tous les cas où le parenchyme, complètement aplati et atrophié, fait corps avec la paroi du k. Il arrive très fréquemment que ces k. qui sont de très vieux k. présentent des adhérences extrêmes avec les organes qui les entourent, adhérences avec le diaphragme, avec le péritoine, avec l'intestin. Ces adhérences sont parfois extraordinairement résistantes et si le chirurgien veut, pratiquer à toute force l'extirpation de la poche, il risque de causer des délabrements formidables ; il prendra alors un parti beaucoup plus sage en se bornant à faire la marsupialisation.

Dans ces cas défavorables, dont nous venons de nous occuper, le parenchyme atrophié est perdu dans la paroi du k., dans laquelle il a pour ainsi dire disparu ; mais ce type est fort loin d'être celui qu'on rencontre le plus fréquemment. Le plus souvent on se trouve en présence de deux masses connexes, intimement unies l'une à l'autre ; l'une se présente sous l'aspect d'une tumeur de volume variable, de consistance élastique, fluctuante, de coloration blanchâtre ; c'est le k. L'autre qui fait l'effet d'une masse solide n'est autre que le rein. Les rapports du k. et du rein seront évidemment variables : tantôt le k. sera tout petit, et le rein à peu près normal comme forme et dimensions ; tantôt au contraire, le k. sera énorme et le rein réduit à la 1/2, au 1/3, au 1/4 de son volume normal. Le k. sera ouvert ou non dans le bassinet ; il sera développé aux dépens d'un pôle ou de la partie moyenne de l'organe, aux dépens de la corticalité, ou exceptionnellement de la substance médullaire. Par fois même le k. sera complètement

extérieur au parenchyme, engainé entre ce parenchyme et la capsule fibreuse propre du rein. Mais de toute façon, dans ces diverses éventualités, il restera de larges portions de parenchyme sain. Dans le premier type, qui relève de la néphrectomie, le parenchyme est absolument confondu avec la paroi du k. ; dans le deuxième type, qui est de beaucoup le plus fréquent, le rein et la tumeur parasitaire sont juxtaposés l'un à l'autre.

De quelle façon doit-on traiter les cas qui répondent à ce deuxième type. Il nous faut ici, rappeler brièvement les divers procédés actuellement en usage dans le traitement des k. hydat. Nous serons assez brefs, nous sommes simplement désireux d'établir un peu de clarté dans un sujet passablement confus. Pour alléger notre exposé, nous nous débarrasserons volontairement de tout historique : nombre de ces procédés se trouvent revendiqués par plusieurs auteurs ; il y en a certains qui ont été modifiés jusqu'à trois reprises par ceux qui les avaient imaginés. Il en est résulté une confusion extraordinaire.

Nous passons sous silence, ces anciens procédés absolument démodés, et à juste titre du reste, et qui n'ont plus qu'un intérêt historique, à savoir : la ponction, les procédés de Récamier et de Simon — et la méthode plus récente de la ponction à ciel ouvert, après laparotomie, préconisée par Franke en Allemagne en 1900.

La marsupialisation représente un procédé fort ancien et encore fort employé : on incise le k., on le débarrasse de son contenu et ensuite on suture les lèvres de l'incision faite au sac fibreux aux lèvres de la plaie opératoire. On constitue ainsi une cavité communiquant librement avec l'extérieur. Le chirurgien, au préalable, pratiquera ou non la résection partielle, plus ou moins étendue, de l'adventice. — Ce procédé a subi des vicissitudes diverses ; actuellement il tend à être relégué, et nombre de chirurgiens lui préfèrent des méthodes plus radicales et plus brillantes. — Il y a du reste plusieurs façons de marsupialiser. Tout au début on pratiquait la marsupialisation en deux temps : on commencait par inciser la paroi abdominale, et ensuite on interposait un pansement entre la paroi du k. et la plaie opératoire ; au bout de quel-

ques jours des adhérences étaient établies, et alors on incisait le k. La marsupialisation en deux temps a vécu et il y a longtemps qu'on ne l'emploie plus. — Mais il est juste d'ajouter que dans la marsupialisation en un temps, certains chirurgiens, désireux d'éviter l'issue du contenu du sac dans le péritoine n'incisent la poche qu'après l'avoir préalablement suturé à la paroi abdominale.

Jadis on se contentait de marsupialiser la poche sans apporter grand soin à cette opération : on vidait le k. de son liquide et de ses vésicules-filles. Mais on laissait la membrane-mère, ou du moins on ne l'enlevait que d'une façon fort incomplète. De plus on ne songeait nullement à réséquer la tunique fibreuse, et on laissait ainsi béantes des cavités parfois énormes, dont la guérison demandait fort longtemps. En outre, on croyait bien faire en laissant un drain à demeure durant de longues semaines, et souvent de longs mois. De tout ceci résultaient des suppurations interminables, et la persistance de fistules durant un temps souvent illimité. — Aussi pour toutes des raisons, la marsupialisation est tombée dans l'estime de maints chirurgiens, et on a tâché de lui substituer des méthodes plus radicales.

Dans un procédé élégant, on évacue le sac de son contenu, et ensuite on le ferme après ou sans résection partielle de la fibreuse. Avant de le fermer, certains auteurs se contentent d'assécher la face externe de l'adventice à l'aide de tampons, tandis que d'autres abandonnent à l'intérieur de la poche ainsi constituée, une petite quantité de sublimé ou d'un autre liquide. Le sac fermé sera ou bien abandonné et laissé libre dans la cavité abdominale, ou bien fixé à l'aide d'un fil à la paroi abdominale ou lombaire, en prévision de suppuration possible. Ensuite certains chirurgiens ferment complètement la plaie opératoire, tandis que d'autres placent un drain qui va aux alentours du kyste, drain à la porte.

Dans un autre procédé, qui n'est qu'un perfectionnement du précédent, au lieu de se contenter de fermer simplement le sac, on le capitonnera. Ce procédé extrêmement élégant est sans contestation aucune, supérieur au précédent : mais il n'est pas toujours exécutable. C'est néanmoins un procédé de choix.

Dans un troisième procédé, on résèque ce que l'on peut de la fibreuse, soit au ras de l'organe où s'est développé le k., soit au niveau des adhérences, dont la libération présente des difficultés par trop grandes. Ce procédé, très employé en Australie, a l'avantage d'être radical et extrêmement simple, mais il n'est pas sans présenter quelques inconvénients.

Enfin on peut pratiquer l'extirpation ou l'énucléation du k. Nous devons établir une certaine distinction entre l'extirpation et l'énucléation. Quand le k. sera simplement pédiculé, ou quand il ne présentera que des adhérences en surface avec le viscère aux depens duquel il s'est développé, il s'agira d'extirpation. Si au contraire le k. s'enfonce profondément dans l'organe, et si pour le libérer on est forcé de pratiquer une décortication intraparenchymateuse il s'agit d'énucléation. Il est facile de se rendre compte que l'extirpation constitue un procédé qu'on aura assez rarement l'occasion d'appliquer aux k. hydat. du rein, attendu que ces k. présentent le plus souvent d'intimes connexions avec le parenchyme rénal. Quant à l'énucléation, il nous semble qu'on doive lui préférer la néphrectomie partielle ou résection cunéiforme du rein; dans la résection on agit avec le bistouri, et dans l'énucléation surtout avec le doigt : or la suture d'un tissu ainsi dilacéré, indépendamment des hémorragies en nappe qui risquent d'être la conséquence de semblables manœuvres, peut présenter les plus grandes difficultés.

Que valent ces diverses méthodes? La marsupialisation est en réalité un excellent procédé, seulement le plus souvent on l'a faite sans soin. Pour que la marsupialisation donne de bons résultats, il ne suffit pas d'aboucher simplement la poche kystique au niveau de la plaie opératoire, mais il est nécessaire d'introduire dans la technique de ce procédé plusieurs temps supplémentaires. Il faut : 1° réséquer largement l'adventice; il faut en réséquer ce que l'on peut. Il ne faut évidemment pas exagérer ce précepte, sous peine d'amener l'invagination des téguments dans une sorte de puits, et sous peine de provoquer par la suite des tiraillements qui peuvent être fort douloureux pour le malade. Mais il va de soi que la résection étendue de l'adventice avancera d'autant la guérison; — 2° il

faut nettoyer complètement la poche; il ne suffit pas d'enlever le liquide et les vésicules-filles, il est nécessaire d'extirper complètement la membrane-mère. Or, dans nombre d'observations anciennes, nous voyons qu'on a laissé la membrane-mère s'éliminer d'elle-même. Ceci est d'autant plus étonnant que le plus souvent la membrane-mère n'adhère que bien faiblement à l'adventice; — 3° il ne faut laisser le drain que très peu de temps, trois ou quatre jours seulement. Si on laisse le drain plus longtemps, on court le risque d'empêcher le trajet de se fermer, par action mécanique, — et d'exposer la poche à s'infecter secondairement.

La marsupialisation ainsi modifiée et perfectionnée devient un excellent procédé, et la guérison complète peut être obtenue en moins d'un mois, et sans persistance de fistule.

Deux de nos cas inédits ont été traités tout récemment par la marsupialisation ainsi améliorée, l'un nous a été communiqué par MM. Le Dentu et Mauclaire, et l'autre par M. Albarran : la guérison fut rapide et parfaite.

Quant à ce procédé qui consiste à vider la poche, à l'assécher, à la suturer et à l'abandonner dans la cavité abdominale, il jouit à l'heure actuelle d'une très grande vogue, et nombre de chirurgiens éminents ont adopté d'une façon à peu près exclusive cette manière de faire, notamment dans le traitement des k. hydat. du foie. Ce procédé a été préconisé par Bobrow. Nous avouons qu'il ne nous satisfait pas. On laisse libre une cavité, parfois considérable, qui va inévitablement être le siège de sécrétion; à l'intérieur de cette cavité kystique, du sang et de la sérosité vont se collecter, et ceci expose à des suppurations éloignées. En effet quand on a dépouillé la statistique de Vegas et Cranwell, on voit que maintes fois la poche ainsi abandonnée a été le siège de suppuration, et cela tardivement [1]. Tous nos lecteurs savent qu'un

1. On relève dans la statistique de Vegas et Cranwell 25 cas de k. hydat. traités par suture sans drainage. Or dans 32 cas, il y eut suppuration : dans 11 cas au bout de quelques jours; 3 fois après 10 à 30 jours; 1 fois *1 mois 1/2*, 1 fois *2 mois* après l'opération; après *3 mois*, 1 fois; après *4 mois*, 1 fois; après *7 mois*, 1 fois; — 13 fois à une époque indéterminée (Dévé, *Les kystes hydatiques du foie*, p. 154-155). — Dévé ajoute aussi (p. 155, note 1) : Varzi a fait allusion au congrès de Montevideo, en 1901, à plusieurs obs. de malades qui,

hématome est susceptible de devenir un foyer de suppuration, et cela fort longtemps après le traumatisme qui en a été la cause. Il en est absolument de même pour la poche ainsi abandonnée, attendu qu'il s'y produit presque toujours un épanchement sanguin. — Ce procédé peut à la rigueur s'appliquer aux kystes de petit volume, à contenu aseptique, et univésiculaires.

Le capitonnage constitue une excellente méthode, qui a été vivement préconisée par Delbet. Malheureusement elle n'est pas applicable à tous les cas ; pour qu'elle soit aisément exécutable, il ne faut pas que le k. soit trop grand, il ne faut pas que ses parois soient trop épaisses, ni trop dures, et enfin il ne faut pas que le k. penètre par trop profondément dans l'organe. En tout cas le capitonnage a habitué les chirurgiens a nettoyer complètement l'adventice et à ne pas laisser de débris de membrane-mère. Ce en quoi il a rendu un immense service. Le capitonnage, même exécuté avec grand soin, laissera toujours des espaces plus ou moins virtuels interposés entre les parois, et dans ces espaces pourront se collecter des produits de secrétion. — Du reste le capitonnage n'est nullement indispensable pour réaliser l'accolement des parois ; le k. vide, sera aplati, affaissé par la compression des organes voisins, et cette action mécanique fera que les parois arriveront naturellement au contact.

Le procédé qui consiste à reséquer l'adventice au ras des organes et des adhérences est elégant, rapide, aisé et radical. Mais il n'est pas absolument satisfaisant. Cette tunique peut être le siège de secrétion, et on court le risque d'infecter la cavité péritonéales.

considérées comme guéries à leur sortie des hôpitaux de Bahia Blanca (Argentine), moururent à la campagne de septicémie liée à la suppuration du k., ou de péritonite consécutive à la rupture du sac réduit qui avait secondairement suppuré. — Nous insistons sur ce point, attendu que ce procédé nous semble *illogique au premier chef : guérison opératoire ne veut pas dire guérison définitive.*

1. Posadas a imaginé un procédé fort ingénieux, consistant en l'extirpation de la poche parasitaire et de son contenu, après incision de l'adventice et sans ponction préalable. Cette méthode, qui ainsi que le fait remarquer Dévé constitue l'*énucléation du parasite*, n'est applicable qu'aux kystes de petites dimensions. Ce procédé est en réalité assez dangereux, attendu que le k. risque de se rompre au cours de ces manœuvres. Dévé propose de le modifier de la

Quant à l'énucléation, nous l'avons jugée au chapitre de l'*anatomie pathologique*, et nous aurions mauvaise grâce à revenir sur ce sujet. Des chirurgiens de talent ont pu employer cette méthode avec succès, cela prouve tout simplement qu'ils ont eu affaire à des cas particulièrement favorables. Nous avons vu en effet que dans certains cas très rares, il pouvait exister un plan de clivage, où plutôt l'apparence d'un plan de clivage, mais cette disposition ne répond qu'à une infinie minorité de cas. Nous avons vu aussi que le fait de trouver un k. dans un organe, ne signifie nullement qu'il s'agisse d'un k. développé primitivement dans cet organe, et qu'il peut très bien s'agir d'un k. fusionné secondairement avec l'organe en question : dans ce cas, évidemment pourra exister un plan de clivage.

Deux cas de k. hydat. du rein furent traités par énucléation, dans le premier, cas de Pollosson, le parenchyme avait été tellement dilacéré qu'on ne put le suturer. Le distingué chirurgien lyonnais se tira alors de ce pas difficile, en établissant un cloisonnement transpéritonéal, à l'aide de quatre mèches périphériques qui entouraient une mèche centrale et un drain. Le malade guérit du reste parfaitement. Dans le deuxième, cas de Lawson Tait, l'opération dut être terminée par néphrectomie; il est du reste juste d'ajouter que le rein était altéré.

Nous devons considérer l'énucléation comme un exécrable procédé opératoire, reposant sur une incommensurable erreur d'anatomie pathologique. Mais ce procédé peut être très heureusement modifié, si en place du doigt ou d'un instrument mousse, on se sert du bistouri, et si on taille délibérément en plein parenchyme, au lieu de rechercher un plan de clivage qui, nous le répétons, n'existe pas dans l'immense majorité des cas [1].

Ce procédé ainsi modifié s'appelle la néphrectomie partielle. Il s'agit d'une excellente opération, dont l'emploi malheureusement ne s'est pas encore suffisamment généralisé.

façon suivante : 1° évacuation partielle du kyste; 2° injection parasiticide 3° extraction de la poche parasitaire, *délivrance hydatique*.

1. Le lecteur trouvera à la page I des observations le dénombrement statistique des cas opératoires de k. hydatiques du rein.

Ce procédé a été employé à diverses reprises par Kümmel, Czerny, Albarran, Tuffier, Bardenheuer, Waitz, Burckhardt, d'Antona, Reid, Ricaord, Morris, Brackel, Bloch, Spencer Wells, Keetly pour des hyponéphroses calculeuses, des kystes séreux du rein, des adénomes, des pyonéphroses ascendantes, des foyers de tuberculose rénale, des tumeurs bénignes du rein, des tumeurs kystiques du rein, dans le traitement du rein polykystique, et enfin pour remédier à des traumatismes du rein et à des fistules urinaires. La néphrectomie partielle a été appliquée au traitement du k. hydat. du rein dans 10 cas : sur ces 10 observations, nous en présentons au lecteur 4 qui sont inédites, dont 2 que nous devons à la bienveillance du professeur Terrier, qui préconise hautement ce procédé.

La néphrectomie partielle constitue un procédé de choix, élégant et radical et vraiment chirurgical, attendu qu'il ne repose pas uniquement sur l'anatomie, mais également sur la physiologie. Ce procédé se trouve allier la chirurgie brillante à la chirurgie conservatrice.

La néphrectomie partielle se trouve indiquée, toutes les fois que le rein est le siège de lésions nettement limitées en un point de l'organe, avec conservation étendue du parenchyme sain, bien entendu — à condition que ces lésions ne présentent pas de caractère malin.

Elle trouvera donc une application heureuse dans le cas de tumeurs bénignes, d'abcès, d'adénomes, de reins polykystiques, de kystes séreux, de tumeurs paranéphrétiques, dans le cas de foyers de tuberculose et de k. hydat. On pourra aussi l'employer avantageusement pour remédier à l'existence d'une fistule urinaire, ou pour régulariser une déchirure du rein consécutive à un traumatisme. La néphrectomie partielle appliquée au traitement de ces dernières affections mérite le nom de résection cunéiforme, attendu qu'on enlève une portion du parenchyme rénal, qui présente le plus souvent la forme d'un coin à base extérieure.

Mais à côté de la résection cunéiforme du rein, existe la résection orthopédique, ainsi dénommée par Albarran qui a employé cette méthode avec beaucoup de succès dans le traitement de l'hydronéphrose. M. Albarran résèque une portion

plus ou moins étendue de la poche, de façon à en diminuer la capacité et à corriger l'abouchement défectueux de l'uretère.

Faisons remarquer au lecteur que dans l'hydronéphrose, le parenchyme restant présente le plus souvent des lésions plus ou moins accusées de sclérose, tandis que dans le k. hydat. du rein, il reste des portions, parfois fort considérables, de parenchyme absolument sain. Si donc on applique avec succès ce procédé conservateur au traitement de la poche hydronéphrotique, on aura des motifs encore beaucoup plus sérieux de l'appliquer au traitement du kyste hydatique.

Malheureusement, comme toutes les opérations de choix, la néphrectomie partielle n'est applicable qu'à un nombre relativement restreint de cas. Il faut pour qu'on puisse l'exécuter aisément, que la tumeur et le parenchyme restant présentent entre eux certains rapports. Les conditions anatomiques et physiologiques nécessaires à la bonne réussite de cet excellent procédé sont les suivantes :

1° Il faut qu'à une tranche rénale, on puisse opposer une tranche rénale de même surface ; il faut qu'à une portion membraneuse, on puisse opposer une portion membraneuse équivalente.

2° Il faut que les tranches rénales soient parfaitement vascularisées, et cette condition est encore plus importante que la première.

Quand ces deux conditions se trouvent réalisées, on peut pratiquer la néphrectomie partielle, — ainsi du reste que nous l'a dit M. Albarran, au cours d'un entretien oral.

La néphrectomie partielle est particulièrement indiquée quand il s'agit d'un k. développé aux dépens d'un des pôles de l'organe ; dans ce cas on n'aura généralement qu'à tailler dans le parenchyme, sans avoir à se préoccuper du bassinet.

L'ouverture du k. dans le bassinet, ou le fait d'être forcé de pénétrer dans le bassinet au cours de l'intervention constitue-t-il une circonstance défavorable ? A cette question nous répondrons par la négative. Il est bien certain que l'idéal est d'avoir à traiter un k. polaire et sans communication avec les voies urinaires. — Mais il ne faut pas craindre d'appliquer la néphrectomie partielle aux cas de k. hydat. développés à la

partie moyenne de l'organe, et aux cas de k. ouverts dans les calices. Une observation inédite qui nous a été communiquée par M. Terrier vient appuyer notre assertion d'une façon absolument remarquable (obs. 43) : le k. coupait en quelque sorte le rein en deux, et le bassinet fut ouvert au cours de l'opération; or les suites furent excellentes.

Donc la néphrectomie partielle doit être tentée même quand le k. est ouvert dans le bassinet, et même quand le bistouri est forcé d'intéresser cette cavité. Mais par contre si le k. est développé au voisinage du hile, ou s'il présente d'intimes rapports avec les organes du pédicule rénal, la néphrectomie partielle ne sera pas exécutable.

Quelle est la technique de ce procédé? Comme dans la néphrectomie totale, la voie qui est la plus recommandable est la voie lombaire. Nous avons à notre disposition deux excellentes incisions, tout d'abord l'incision recto-curviligne, incision classique, incision de Guyon, et ensuite l'incision d'Albarran; cette incision suit une ligne oblique, qui partant du bord externe de la masse sacro-lombaire, se porte en bas et en avant de façon à passer à deux travers de doigt au-dessus du point le plus élevé de la crête iliaque; on prolonge cette incision en avant autant qu'il est nécessaire. L'une et l'autre assurent parfaitement le drainage.

La résection partielle doit être sous-capsulaire; ce point est très important. On commencera donc dans un premier temps par libérer le parenchyme de la capsule sur une large étendue — M. Tuffier a fait remarquer avec juste raison que quand on veut avoir le minimum d'hémorragie au cours d'une opération sur le rein, il convient de faire partir l'incision du bord convexe. Ceci est parfaitement juste, mais dans le cas qui nous occupe actuellement, on taillera où l'on pourra, sectionnant le parenchyme en dehors de la zone fibreuse[1]. Peu-

1. Quand on pratique la résection partielle du rein pour une tumeur solide, on a intérêt, ainsi que le recommande M. Albarran, à inciser tout d'abord le rein sur le bord convexe, de façon à bien se rendre compte des connexions de la tumeur avec le parenchyme. Mais quand on resèque partiellement le rein pour un kyste hydatique, on peut se dispenser d'agir ainsi. On commencera par évacuer le kyste après injection parasiticide, cela va sans dire — et ensuite introduisant le doigt dans la cavité ainsi évacuée, on se rendra aisément compte des rapports de la tumeur parasitaire avec l'organe. Puis de la

dant ce temps un aide comprimera le pédicule du rein, tout comme dans la néphrectomie totale. Ceci constitue le deuxième temps. Dans le troisième temps, on suturera les deux tranches du rein, au gros catgut n° 3, et on aura soin de ne serrer que modérément. Dans le quatrième temps, on rabattra la capsule fibreuse et on la suturera au catgut n° 2. Ce temps est très important, car la capsule ainsi suturée renforce singulièrement la solidité des sutures faites à travers le parenchyme, et d'autre part cette suture jouera un rôle hémostatique considérable, en comprimant légèrement le parenchyme. Du reste, aussitôt qu'on a cessé de comprimer le pédicule, les tranches rénales se gonflent légèrement (ainsi du reste que tout l'organe), et viennent s'accoler l'une sur l'autre avec une certaine force.

En agissant ainsi on n'a pas à redouter d'hémorragie. Au bout de 4 à 6 jours, la coalescence des tranches sera presque complète ; ce travail de réparation se fait avec une grande rapidité.

Toutes les fois que le bassinet aura été ouvert, il faudra drainer; on laissera le drain en place de deux à trois jours.

Ainsi se trouve exposée la technique de cette excellente opération. Ce procédé a déjà été étudié par Kümmel[1] et Gervais de Rouville[2]. En dépouillant méthodiquement périodiques et index, on pourrait vraisemblablement en recueillir une cinquantaine d'observations. Malheureusement il n'est point encore entré dans la pratique courante ; il est du reste juste d'ajouter qu'il n'est exécutable que dans certaines conditions, d'ordre anatomique, nettement déterminées.

Le lecteur trouvera plus loin les 10 observations de k. hydat. du rein, traités par résection partielle de l'organe. Nous apportons une contribution de 4 cas inédits, deux communiqués

main gauche, le chirurgien saisira la partie de l'adventice extérieure au rein, il introduira les doigts dans la cavité kystique, et ainsi guidé, il conduira de la main droite le bistouri autour de la portion intrarénale de l'adventice, s'en tenant à une distance raisonnable; il importe d'enlever assez largement le tissu scléreux si on veut réaliser l'accolement des deux surfaces rénales.

1. Kömmel, Zur Resection der Niere. Archiv f. Klin. Chir. XLVI, 1893, p. 310-323. — Verhand. der deutsch. Gesselschaft f. Chir. XXII[e] congrès, 1893, Berlin, p. 146-158.

2. Gervais de Rouville, th. Paris, 1894.

par le Professeur Terrier qui recommande hautement ce procédé, un communiqué par le Professeur Butlin de Londres (cas opéré par le Dr Percy-Furniwall), et le quatrième communiqué par le Professeur Crivelli, de Melbourne.

Comme ces observations sont relatées tout au long et précédées d'un préambule[1] nous jugeons inutile de les résumer ici. Nous nous permettrons pourtant de faire remarquer que sur ces 10 cas, 3 appartiennent au professeur Terrier, qui a obtenu avec ce procédé de fort brillants résultats.

Sept fois le k. siégeait à un pôle ; trois fois au pôle supérieur dans les cas de Bazy, Terrier (obs. 42), et de Bogoluboff — et quatre fois au pôle inférieur, dans les cas de Percy-Furniwall, de Terrier (obs. 42), de Crivelli, et dans celui de Jerosch. Une fois, au niveau de la convexité, dans l'obs. de Kümmel. Dans un seul cas, le k. communiquait avec le bassinet ; il s'agit de la remarquable obs. que le professeur Terrier a bien voulu nous confier (obs. 43).

Dans le cas de Bazy, on laissa toute la partie inférieure du rein, — dans celui de Percy-Furniwall les 2/3 supérieurs, — dans celui de Bogoluboff, toute la partie inférieure, — dans le premier cas de Terrier, toute la partie supérieure, — dans le deuxième cas de Terrier, les 2/3 inférieurs, — dans le troisième cas de Terrier, on enleva la partie moyenne du rein, — dans le cas de Kümmel, on réséqua la moitié du rein, au niveau du bord convexe, — dans le cas de Crivelli, on laissa les 2/3 supérieurs du rein, on réséqua le pôle inférieur.

On ne peut guère tenir compte du cas de Spiegelberg, qui laissa un morceau de rein qu'il ne put enlever au cours d'une néphrectomie particulièrement difficile.

Donc en résumé, on doit traiter le k. hydat. du rein de la façon suivante :

1° Quand le rein est absolument détruit, qu'il fait partie intégrante de la paroi du k., ou quand il se présente comme un petit moignon sclérosé et ratatiné, appendu à cette paroi, on doit pratiquer la néphrectomie partielle, et autant que possible par voie lombaire. Dans la néphrectomie il est toujours

1. Voir à la page LX des documents.

préférable de drainer; dans le cas de néphrectomie transpéritonéale, on pratiquera alors soit une contre-ouverture lombaire, ou bien on drainera en avant, en employant le procédé de Terrier. — Si le k. adhère par trop aux parties environnantes, il faut mieux marsupialiser que de s'exposer à des délabrements trop considérables.

2° Quand il reste de larges portions de parenchyme sain, et quand on le peut, il faut pratiquer la résection partielle du rein. Si ce procédé n'est pas exécutable, il faut marsupialiser en ayant soin de réséquer largement l'adventice, de bien nettoyer, d'enlever le moindre débris de membrane-mère, et de ne laisser le drain que trois ou quatre jours.

3° Les autres procédés opératoires ne nous paraissent point très recommandables. Quand on ne pourra faire la résection partielle, si le k. s'y prête, on pourra pourtant tenter le capitonnage. De même, si on éprouve au cours de la marsupialisation, des difficultés à aboucher le k. dans la plaie opératoire, à cause de son petit volume, par exemple, on pourra être autorisé, après l'avoir bien asséché, nettoyé et fermé incomplètement, à le fixer de loin à la paroi à l'aide de quelques fils; on y introduira alors un drain qu'on laissera en place durant quelques jours. Quand le k. est de petit volume on peut l'exciser au ras de son implantation sur le rein.

Avant de pratiquer quelque intervention, que ce soit sur un k. hydat. en quelque organe qu'il siège, il faut toujours faire au préalable *l'injection ténicide telle qu'elle a été imaginée et préconisée par Dévé* : après ponction évacuatrice partielle, on injecte dans ce qui reste de liquide, une certaine quantité, soit une solution de formol à 1 p. 100, soit d'une solution de sublimé à 1 p. 1 000. Au bout de cinq minutes on peut commencer l'opération, tous les germes échinococciques sont morts. Cette méthode a été fréquemment employée par Quénu.

CONCLUSIONS

I. — Dans le traitement du k. hydat. du rein, la *néphrectomie totale* doit être considérée comme un *procédé d'exception*, attendu qu'il s'agit d'une affection essentiellement bénigne, et qui laisse le plus souvent des portions parfois considérables de parenchyme rénal absolument sain, et attendu que la mortalité de la nephrectomie appliquée au traitement du k. hydat. du rein est considérable.

II. — La *résection partielle* du rein constitue le *procédé idéal*. Elle nécessite, comme condition essentielle de réussite, l'accolement de deux tranches rénales de même superficie, et surtout parfaitement vascularisées. La néphrectomie partielle trouve son maximum d'indication dans les cas de k. hydat. polaires, mais on peut parfaitement l'appliquer aux cas de k. hydat. développés à la partie moyenne du rein. L'ouverture du bassinet au cours de l'opération ne constitue nullement une circonstance défavorable. La néphrectomie partielle sera inexécutable quand le k. a pris naissance au niveau du hile.

III. — La néphrectomie totale doit être reservée aux cas où le rein est le siège d'altérations qui le rendent incapable de fonctionner ou au cas où il est le foyer de suppuration avec accidents généraux graves.

Quand il y a indication à pratiquer la nephrectomie totale, si le k. adhère trop intimement aux organes environnants, il est préférable de se borner à la marsupialisation.

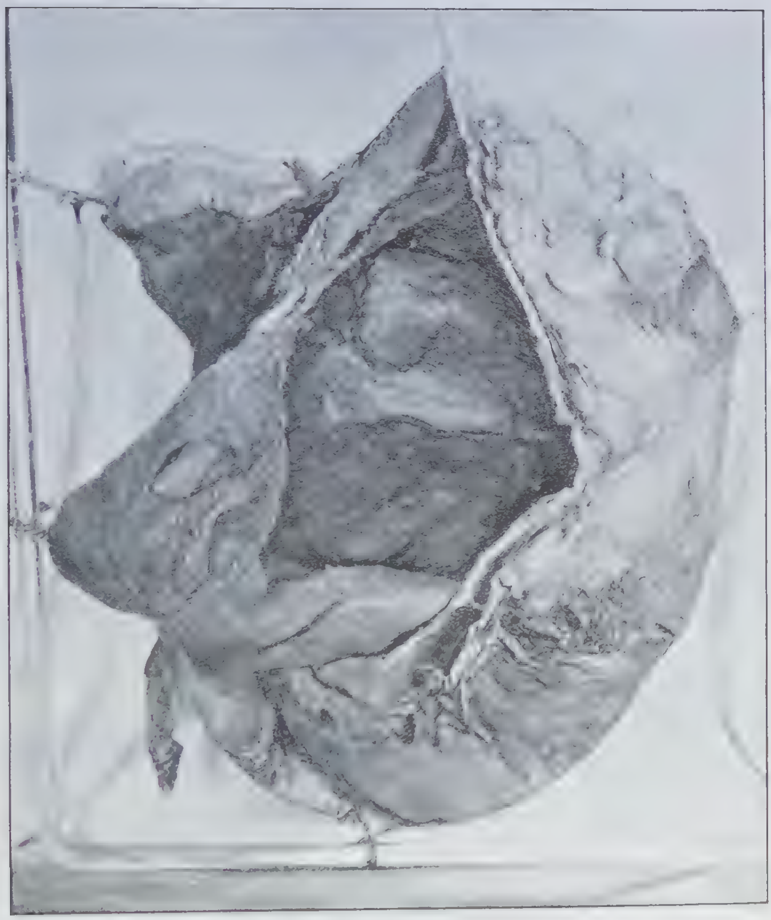
IV. — Dans les cas où le rein paraît devoir être conservé et où on ne peut faire la résection partielle du rein, on a intérêt à marsupialiser, en ayant soin d'enlever complètement la membrane-mère, de réséquer largement l'adventice et de ne laisser le drain que le minimum de temps nécessaire.

Vu,
Le Président de Thèse,
F. GUYON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

K. hydat. du rein droit (obs. personnelle avec le Dr René Marie). Trouvaille d'autopsie. Il s'agissait d'un tres vieux k. sans liquide, ni vésicules-filles, ne contenant qu'une grande membrane-mère plicaturée. L'adventice présentait un prolongement tubuliforme. Rein très altéré. La sonde indique le siège du bassinet et la direction de l'uretère.



Cas inédit communiqué par M. Albarran (obs. 33). Vue antérieure de la pièce. Rein droit. On aperçoit la cavité du k. largement ouverte. Le rein en haut et à g. de la figure (face au lecteur).

Cas inédit communiqué par M. Albarran (obs. 33). Pièce du musée du service de M. le Professeur Guyon. Rein droit. Vue postérieure de la pièce ; le rein est en haut et à dr. de la figure (face au lecteur.

I

KYSTES HYDATIQUES DU REIN TRAITÉS PAR NÉPHRECTOMIE

Ainsi que l'indique le tableau ci-dessous, le nombre des k. hydat. du rein traités par néphrectomie n'est pas extrêmement considérable Ce tableau établit le dénombrement des cas opératoires d'après les procédés employés, et indique d'autre part la proportion des interventions suivies de mort; sa simple lecture montre que dans la néphrectomie, le pronostic est beaucoup plus grave que dans la marsupialisation.

	NOMBRE DE CAS	MORTS	MORTS DU FAIT DE L'OPÉRATION	MORTS D'AUTRES CAUSES	POURCENTAGE[3]
Anciens procédés[1].	20	9	*4*	*5*[4]	20,00 0/0
Marsupialisation. . .	98	9	*6*[5]	*3*[6]	6,12 0/0
Procédés spéciaux[2].	23	0	*0*	*0*	
Néphrectomie	38	9	*8*[7]	*1*	21,47 0/0
Néphr. partielle . . .	10	2	*1*[8]	*1*[9]	10,00 0/0
Mode d'intervention inconnu	6	0	*0*	*0*	
	195	29	*19*	*10*	

1. Ponction, procédés de Récamier et de Simon.

2. Abandon dans la cavité abdominale du sac fibreux complètement suturé après incision et évacuation de son contenu. — Réduction dans la cavité abdominale de l'adventice réséquée en partie (sans aucune suture). — Capitonnage. — Extirpation et énucléation.

3. Pourcentage de la mortalité (statistique expurgée).

4. Observation de Woodmann et Cayley (brochopneumonie et cachexie). — Observation d'Havage (obstruction intestinale par k. abdominaux). — Observation de Troisier et de Lapersonne (rupture traumatique du rein où siégeait le k.). — Observation de Harley (hémorragie cérébrale). — Observation de Weinlechner (tumeur blanche du genou).

5. A vrai dire, dans un de ces 6 cas nous ignorons la cause de la mort.

6. Observation de Berger et Dieulafoy, observation de Nicolich (insuffisance urinaire). — Observation de Küster (lésions cardiaques).

7. Il est juste d'ajouter que dans un de ces 8 cas, celui de Kaynes, nous ne savons exactement si le malade mourut d'appendicite, ou du fait de la néphrectomie.

8. Observation de Spiegelberg, *opération en 1867* : on avait diagnostiqué un k. de l'ovaire; Spiegelberg se trouva aux prises avec des difficultés effroyables. — A vrai dire, S. ne fit point une néphrectomie partielle, opération qu'on pratique dans un *but de conservation*, *mais il laissa un fragment de rein qu'il ne pouvait enlever*, ce qui est tout à fait différent.

9. Observation de Jerosch (insuffisance urinaire).

Au point de vue du classement des documents, nous établissons une distinction formelle et absolue entre la néphrectomie totale, néphrectomie complète, et la néphrectomie partielle, résection cunéiforme, résection orthopédique du rein. — La néphrectomie totale, évidemment susceptible de rendre bien des services dans certains cas de k. hydat. du rein, n'en constitue pas moins en réalité un procédé d'exception. Le plus souvent le k. hydat. laisse intactes des portions parfois très considérables de parenchyme rénal, et faute de connaissances anatomo-pathologiques précises, il est arrivé à certains d'enlever des reins qui vraisemblablement auraient pu être conservés. — Au contraire avec la résection partielle du rein, le chirurgien a à sa disposition un procédé de choix, procédé élégant et radical, *procédé vraiment chirurgical, car il ne repose pas exclusivement sur l'anatomie, mais également sur la physiologie, procédé qui allie la chirurgie brillante à la chirurgie conservatrice.* Nous ne saurions trop insister sur la valeur de ce procédé, vivement préconisé par le Professeur Terrier, auquel il a donné les meilleurs résultats dans trois cas de k. hydat. du rein. — Toute cette question se trouve du reste longuement exposée dans la partie didactique de cet ouvrage ; nous rappelons ici ces faits en quelques mots très brefs, uniquement pour montrer au lecteur les motifs qui, dans le classement de nos observations, nous ont déterminé à opposer la néphrectomie partielle à la néphrectomie totale.

Nous apportons dans ce chapitre deux cas inédits, celui du Professeur Bloch de Copenhague (obs. 32), et un cas d'Albarran (obs. 33), — et en outre une observation semi-inédite appartenant au Dr Chandelux (obs. 6) : ce dernier cas se trouve *cité* dans plusieurs publications antérieures, mais il n'a jamais été *publié*, et avant l'apparition de notre monographie on n'en connaissait que le titre ; M. Chandelux a eu l'amabilité de nous confier son observation, ce dont nous le remercions vivement.

Une autre observation, celle de Billroth (obs. 37), *dont le texte original n'a jamais été publié*, et qui n'est connue que par une relation qu'en a donnée Kirmisson, est l'objet de recherches actuellement en cours ; nous espérons pouvoir insérer le texte inédit de Billroth dans le *Supplément*, à la fin de cette monographie.

Nous avons relevé 9 observations où la néphrectomie fut suivie de mort. — Dans le cas de Houzel (obs. 19), les deux reins siégeaient du même côté, à gauche, l'un au-dessus de l'autre, et le k. dépendait du rein supérieur : l'opérateur ne se rendit compte de cette disposition anatomique que quand les deux reins eurent été séparés

de leurs connexions vasculaires. Le rein inférieur fut laissé en place avec son uretère intact, mais ainsi qu'il était facile de le prévoir, le malade mourut d'urémie, au 5e jour. Dans ce cas la mort est due à une circonstance fortuite et malheureuse, mais n'est point imputable à la néphrectomie elle-même.

Dans un autre cas, celui de Haynes (obs. 20), il est assez difficile de se prononcer sur les causes de la mort : un malade fut opéré d'appendicite; au cours de l'intervention on découvrit un k. hydat. du rein insoupçonné; on fit la néphrectomie. Le malade mourut 8 jours après, au cours d'accidents fébriles. Pas de détails plus circonstanciés, pas d'autopsie.

Mais il reste sept cas où le malade mourut du fait même de la néphrectomie, faite cinq fois par voie transpéritonéale, une fois par voie lombaire. et une fois par voie inconnue, mais probablement transpéritonéale. — Dans le cas de Hinckeldeyn (obs. 16), il s'agit d'une malade dont l'état général était mauvais; au cours de l'opération qui dura deux heures, lors de la ligature du pédicule, il se produisit une énorme hémorragie, et la malade mourut de shock, trois heures après. Fait intéressant, on trouva la paroi de l'aorte en dégénérescence athéromateuse, au niveau du point d'émergence de l'artère rénale. — Dans l'observation de Vogt et Wagner (obs. 17), la malade mourut 48 heures après l'intervention, avec des symptômes de réaction péritonéale; mais à l'autopsie on ne trouva pas trace de péritonite. — Dans le cas de Zerenin (obs. 18), la malade mourut de suppuration et d'infection chronique, 3 mois après l'opération. — Dans l'observation de Paton (obs. 21), l'opération s'effectua de façon normale, mais le malade fut rapporté dans son lit en état de collapsus. Il se remit, mais les mêmes accidents se reproduisirent 48 heures plus tard, et furent suivis d'une issue fatale. Il s'agit peut-être dans ce cas d'intoxication hydatique. Aucun renseignement, ni sur l'examen de la pièce enlevée, ni sur l'autopsie. — Le cas d'Hildebrand (obs. 22) ressemble beaucoup à celui de Paton : collapsus après l'opération, la malade se remet; le lendemain, de nouveau collapsus et mort. Mais à l'autopsie on trouva des lésions de péritonite diffuse.

Dans le cas d'Albarran (obs. 33), on intervint par voie lombaire alors que l'opération avait été pratiquée par voie transpéritonéale dans tous les cas précédents : la malade mourut de shock en 36 heures; l'opération avait été particulièrement laborieuse, et l'état général de la malade laissait à désirer. Pas de péritonite. — Dans le cas de Peyrot (obs. 34), la malade mourut d'une péritonite consé-

cutive à une rupture de l'estomac, qui se produisit huit jours après la néphrectomie; bien vraisemblablement la rupture de cet organe est en corrélation avec l'intervention.

Au point de vue de la fréquence suivant le sexe et le côté, les 37 cas qui constituent ce chapitre se répartissent ainsi :

	A dr.	à g.	indét.	total
Hommes.	4	5	0	9.
Femmes.	15	12	1	28.
	19	17	1	37

Nous avons soigneusement vérifié l'authenticité du siège rénal de ces k. hydatiques; mais nous entendons *siège rénal au point de vue topographique et chirurgical*, et nous ne pouvons garantir qu'il s'agisse dans tous ces cas de k. développés primitivement dans le rein[1]. A cet égard, une obs. est extrêmement instructive; c'est celle d'Opitz et Gosch (obs. 4), dans laquelle il est manifestement question d'un k. hydatique fusionné secondairement avec le rein. Dans un autre cas, celui de Tuffier (obs. 10), l'opérateur se demande s'il ne s'agissait pas d'un k. pararénal; il est bien vraisemblable qu'un examen attentif de la pièce aurait élucidé cette question évidemment très intéressante, et il est fâcheux qu'il n'ait pas été fait.

I. — Par voie transpéritonéale.

A. — AVEC GUÉRISON

1° Par laparotomie médiane.

Obs. 1. — **Boeckel.** — ***Premier cas de néphrectomie transpéritonéale pour k. hydat. du rein, suivi de succès.*** — Soc. de Méd. de Strasbourg, 1er avril et 1er juillet 1886, in Gaz. Méd. de Strasbourg 1886, p. 71 et 86. — Congrès franc. de Chir. 20 oct. 1886. — In Boeckel, loc. cit. p. 9-18. — (In *Aretaeos*, loc, cit. — In Braillon, th. Paris 1894, obs. III, 77. — In *P. Wagner*, loc. cit. Zuelzer's Blatt 1894, p. 141. — In Wüthrich, Inaug. Diss. Zurich 1894, obs. 3, p. 14. — In Roscher,

1. Que le lecteur se reporte au chapitre de l'*Anatomie Pathologique*, où nous étudions l'importante question des k. hydat. développés primitivement dans le rein, et des k. hydat. pararénaux fusionnés secondairement avec cet organe. Il arrive parfois que des k. qui semblent faire partie intégrante du rein, et *qui au point de vue chirurgical doivent du reste être considérés comme des k. hydat. du rein*, ne se sont point développés dans cet organe, mais s'y sont accolés secondairement. *Il faut, dans certains cas, faire une distinction essentielle entre le siège topographique et chirurgical d'un k., et l'endroit où ce k. a commencé à se développer.*

Inaug. Diss. Freiburg 1894, obs. 79, p. 88. — In *Sérapin*, loc. cit. Annales Chir. Russe 1894, n° 1. — In *Alexinsky*, loc. cit. p. 276. — In Tabar, th. Lyon, 1901, obs. 6, p. 44. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. Chir. Russe 1904, obs. 16, p. 864).

F. 38 ans, de belle apparence, tempérament lymphatique; mariée en 1876.

En 1879 métrorragie qui l'obligea à garder le lit durant cinq semaines; en 1880 fausse couche. Elle eut en 1883 un enfant qui mourut à 9 mois, et un autre en 1885 qui ne vécut qu'un mois. — Depuis quelques années, douleurs abdominales vagues, surtout en allant en voiture. Trois semaines après sa dernière couche, elle constata l'existence d'une tumeur abdominale, du volume d'un poing d'enfant, aisément mobile, siégeant et se cachant sous les fausses côtes gauches; en six mois, cette tumeur augmenta notablement de volume, mais sans causer d'autres symptômes que de la gêne. — *Examen*. Saillie notable de toute la partie gauche de l'abdomen. Tumeur étendue des fausses côtes, à deux travers de doigt au-dessus du pubis, dépassant la ligne blanche, empiétant de deux travers de doigt sur la partie droite de l'abdomen. Ovoïde à grand axe vertical; diamètre horizontal, 36 centimètres. Elle remonte à 15 centimètres au-dessus de l'ombilic. Elle est tellement mobile qu'on peut la refouler complètement à droite. Rapports des plus variables avec les intestins; on ne constate nullement la présence du côlon descendant au-devant de la tumeur. Consistance élastique, fluctuation très obscure. La tumeur ne paraît pas s'étendre très loin en arrière; la palpation et la percussion dénotent son indépendance d'avec la rate. — Circonférence du ventre, 105 centimètres. — Urines acides, non albumineuses; aucun dépôt; l'émission varie de 1 600 à 2 000 centimètres cubes. — Rien aux autres organes, à part un peu de constipation. — Pas de ponction exploratrice. *Diagnostic*. K. ovarique à long pédicule, *ou* k. ou lipome du mésentère, *ou* k. du rein. Boeckel s'arrêta à la vraisemblance de cette troisième hypothèse.

Opération le 16 mars 1886. Chloroforme. Laparotomie médiane de 12 centimètres; le péritoine incisé, on aperçoit la tumeur, qu'un aide fait saillir dans la plaie. On récline aisément le côlon descendant et une portion du transverse, qui aplatis bordent le flanc gauche de la tumeur et semblent y adhérer; on écarte également des anses grêles qui viennent se placer au-devant de la tumeur. Cette dernière est rétropéritonéale : on incise le feuillet postérieur du péritoine, et on essaye de le libérer d'avec la tumeur, mais quoiqu'on ait agrandi de 4 centimètres l'incision cutanée, on n'arrive à aucun résultat. — Ponction au bistouri sur la portion la plus saillante de la tumeur; un flot de liquide transparent, clair comme de l'eau de roche, s'en échappe avec violence, et inonde le lit ainsi que le sol; on en recueille 1 500 grammes, le reste peut être évalué environ à 2 litres. — Fermeture de l'incision du k. à l'aide de pinces à forcipressure; puis l'exploration intra-abdominale, en suivant la face externe du k., conduit sur un organe lisse, uni, qui donne la sensation de la rate ou du rein. Bientôt en dedans et en arrière, on touche le hile, et attirant le tout en avant, on a de suite la preuve qu'il s'agit d'un k. développé dans le rein; ce dernier a été attiré en avant et un peu en

bas par le poids de la tumeur; de plus il a subi un mouvement de torsion, son bord convexe regarde presque directement en avant, tandis que son hile est tourné en arrière. — On décolle le péritoine qui le recouvre, on dissèque les organes du hile, et on les lie chacun séparément. — Ensuite on décolle facilement à l'aide des doigts, différentes enveloppes de nouvelle formation unissant encore la paroi du k. et la capsule du rein qui lui fait suite, à la face postérieure du péritoine. Au bord postérieur et supérieur du rein, une quinzaine d'adhérences plus épaisses et plus vascularisées sont divisées entre deux ligatures perdues à la soie phéniquée. Cela fait, le rein est facilement amené au dehors; une dernière ligature jetée sur une grosse veine située dans une adhérence inférieure le libère et permet de l'extraire.

L'hémostase a été parfaite; suture profonde de la paroi, péritoine compris, à la soie phéniquée; suture superficielle en 8 de chiffre. Pansement. Durée de l'opération, une heure et demie. Par suite de la négligence d'une infirmière, une bouillotte a causé des brûlures très profondes et très étendues aux pieds de la malade. — *Suites.* Bonnes, apyrétiques. Le 18, premier pansement pour enlever le drain. — Le 19, urines sanglantes avec plusieurs caillots et un abondant dépôt d'urates; elles sont encore sanglantes le 20, mais moins; albumine due à la présence du sang. Le 21, globules du pus, cylindres, le sang tend à disparaître; le 22, coloration normale. — Le 24, réunion par première intention. — Le 27, 4 grammes d'albumine par litre; rougeur de la face, urticaire autour des paupières, œdème de ces dernières. — Le 29, traces d'albumine, la bouffissure de la face a disparu, état général des plus satisfaisant; n'étaient les eschares causées par les brûlures, la malade pourrait se lever d'ici quelques jours. Ces brûlures, au cours de la troisième semaine, occasionnèrent une phlébite et la formation d'un vaste phlegmon de la cuisse. — La malade partit guérie à la fin de mai. — *Urines* 800 grammes le *17*, 850 le *18*, 900 le *19*, 950 le *20* (urée 44,80), 1 000 le *21* (urée 41,60), 1 000 le *22* (urée 39,98), 1 000 le *23*, 900 le *24*, 1 100 le *25*, 1 300 le *26*, 1 000 le *27* (urée 20,48), 1 800 le *28*, 2 000 le *29* (urée 33,12).

Examen de la tumeur (par Recklinghausen). Le rein mesure 13 centimètres 1/2 de longueur; son extrémité inférieure, large de 6 centimètres 1/2, est libre et d'aspect normal : son épaisseur est de 4 centimètres. Toute sa partie supérieure est très notablement atrophiée, et se présente comme une lame mesurant à peine un centimètre d'épaisseur. — L'adventice, du volume d'une tête d'enfant, située sur le bord convexe, n'empiète sur aucun des deux pôles; sa base, très large, est constituée d'un tissu épais et résistant implanté dans le rein; sa partie saillante au contraire est mince et presque transparente. La membrane-mère n'adhère en aucun point à l'adventice; elle contient un liquide clair légèrement citrin, dans lequel on observe à l'aide du microscope, quatre heures après l'opération, des hydatides douées de quelques mouvements. — La partie périphérique de l'adventice n'est autre que la capsule fibreuse du rein; la portion juxta-rénale de la couche profonde de l'adventice est constituée aux dépens du parenchyme rénal, transformé en un tissu fibreux épais de 2 à 3 centimètres. Au niveau du hile, ce tissu comprime calices et bassinet, mais en est toutefois bien distinct. Les calices sont en partie transformés en tissu fibreux; deux uretères émergent du bassinet.

Obs. 2. — **M. Sänger.** — ***Echinococcus hydatidosus der rechten Niere. Colio-Nephrektomie. Heilung.*** — M. S., loc. cit. Deuts. Zeitschr. f. Chir. 1892, t. XXXIV, p. 360-389, obs. 3, p. 376-380. — (In *P. Wagner*, loc. cit. Zuelzer's Blatt 1894, p. 142. — In Roscher, Inaug. Diss. Freiburg 1898, obs. 96, p. 102. — In *Sérapin*, loc. cit. Annales de Chir. Russe 1898, n° 1. — In *Alexinsky*, loc. cit. p. 276. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe, 1904, obs. 19, p. 864).

F. 43 ans. — A eu 12 enfants, dont 9 actuellement vivants. Dernier accouchement il y a un an ; peu après elle remarqua pour la première fois, la présence à l'épigastre d'une tumeur de la grosseur d'une pomme, qui atteignit rapidement les dimensions qu'elle présente actuellement. Dans ces derniers temps, cette tumeur fut le siège de vives douleurs. Le médecin traitant diagnostiqua une tumeur de la paroi et envoya la malade à la Clinique pour se faire opérer. — Elle aurait été fréquemment en contact avec un chien. — *Examen.* Femme bien constituée, muscles et pannicule adipeux peu développés, teint pâle. Rien au thorax ; à droite, la base du poumon n'est point remontée. Occupant la moitié droite de l'abdomen, étendue du rebord costal au ligament de Poupart, tumeur du volume d'une tête d'adulte, ovale, de consistance en partie dure et en partie élastique, nullement sensible à la pression ; grand diamètre 23 centimètres, suivant la direction du grand oblique. — A sa surface, plusieurs saillies molles et hémisphériques. Dans le mésogastre et l'hypogastre, elle dépasse la ligne médiane de 2 à 3 travers de doigt. — Elle est mobile ; par le double palper abdominal et lombaire, on peut la soulever et l'abaisser. On peut aussi la déplacer largement vers la gauche. — On peut l'atteindre par le toucher vaginal, mais pourtant elle ne descend que dans le grand bassin. On ne perçoit pas nettement les uretères au toucher. — Rien aux organes génitaux ; l'utérus ne présente ni connexion avec la tumeur, ni adhérences avec les annexes ; il est en légère rétroversion à gauche. — La tumeur est mate sur toute son étendue, mais au niveau de ses bords cette matité fait immédiatement place à un son d'un tympanisme élevé. On ne put constater le passage du côlon ascendant au-devant de la tumeur, même à la suite de lavements effervescents. Entre la tumeur et le bord inférieur du foie, étroite zone de tympanisme. — Urines claires, limpides, sans éléments pathologiques ; 1 200 centimètres cubes dans les 24 heures. — *Diagnostic.* Tumeur solide du rein, « probablement k. dermoïde de la capsule fibreuse ».

Intervention le 15 juin 1891. Laparotomie médiane (2/3 au-dessous, 1/3 au-dessus de l'ombilic), immédiatement sur la tumeur qu'un aide repousse vers la ligne médiane. Par exploration, on détermine rigoureusement la situation du rein gauche. — On prolonge un peu l'incision en dehors, et on attire facilement la tumeur, flanquée immédiatement en dedans du côlon ascendant. « Le feuillet interne du mésocôlon est large seulement de trois travers de doigt, et son insertion à la paroi abdominale postérieure se fait à un travers de main environ de l'incision opératoire. » Son feuillet externe, extrêmement distendu et repoussé par la tumeur, ne présente qu'un petit nombre de gros vaisseaux pour la plupart à direction transversale. On établit ainsi le siège rénal de la

tumeur. Une ponction exploratrice ne donna rien : il s'agissait donc d'une tumeur solide. — Incision du feuillet externe du mésocôlon ascendant, parallèlement à l'intestin. Quelques ligatures. La capsule propre de la tumeur n'est recouverte que d'une mince couche de graisse et de tissu conjonctif lâche. La libération de cette grosse tumeur se fit de tous côtés rapidement et facilement, sauf au niveau du foie où quelques adhérences plus solides durent être sectionnées et pincées. L'uretère était appliqué sur une longue étendue, contre la partie supérieure de la face interne de la tumeur. Il fut sectionné entre deux ligatures, tout près de son abouchement dans le bassinet. On put reconnaître alors que la tumeur émanait des deux tiers supérieurs du rein environ, le tiers inférieur repoussé en arrière se continuait insensiblement dans la tumeur, sans présenter de limites précises et en s'élargissant. Le pédicule vasculaire du rein, entouré de graisse et de tissu conjonctif lâche, était très allongé; aussi il ne fut point nécessaire de constituer un moignon rénal, quand on eut fait soigneusement à la soie des ligatures isolées et des ligatures en masse. — Après extirpation de la tumeur et du rein, on éponge la plaie à l'aide de compresses aseptiques, et on pose quelques ligatures. Fermeture à la soie d'une petite ouverture du feuillet interne du mésocôlon ascendant; quand on se fut bien assuré de l'hémostase, on remit le côlon en sa place. Fermeture de la paroi abdominale. Pansement compressif.

Suites complètement aseptiques, sans réaction. Shock opératoire dont la malade se remit rapidement. La plaie abdominale guérit par première intention au bout de trois pansements; la malade sortit trois semaines après l'intervention. — A une époque ultérieure, on constata encore une dépression abdominale marquée au niveau du rein, et de la flaccidité de la région lombaire. — *Émission* de l'urine : 660 centimètres cubes le *1*er jour, — 750 le *2*e, — 800 le *3*e, — 1 000 le *4*e, — 1980 le 5e, — 2 730 le *6*e, — 2 600 le *7*e, — 1 700 le *8*e, — 2 050 le *9*e, — 1 150 le *10*e, — 1 500 le *11*e, — 1750 le *12*e, — 1 100 le *13*e, — 900 le *14*e, — 1 300 le *15*e.

Examen de la pièce. La tumeur et le rein ont la forme d'une grosse poire, dont l'extrémité pointue est constituée par le 1/3 inférieur du rein intact. La tumeur présente plusieurs proéminences molles, hémisphériques, de couleur blanche. Après incision d'une couche de tissu conjonctif consistant, blanc neigeux et épais de 15 à 20 millimètres, on pénétra dans une grande cavité, d'où sortit aussitôt une grande hydatide, qui en contenait une centaine d'autres, dont les plus grosses atteignaient le volume d'une pomme. La couche périkystique de tissu conjonctif ne présentait pas partout la grande épaisseur mentionnée plus haut; en certains points elle n'était épaisse que de 2 millimètres. — Le k. était entièrement fermé.

Obs. 3. — **Tansini.** — *Nefrectomia transperitoneale per cisti d'echinococco.* — Clin. Chir. Milano 1893, p. 10-14. — (In Centralbl. f. Chir. 1893, p. 597. — In *P. Wagner*, loc. cit. Schmidt's Jahrb. 1894, t. CCXLVI, p. 207. — In *P. Wagner*, loc. cit. Zuelzer's Blatt 1894, p. 142. — In *Roscher*, Inaug. Diss. Freiburg 1894, obs. 102, p. 110. — In

Alexinsky, loc. cit., p. 277. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archives de Chir. Russe 1904, obs. 22, p. 864)[1].

F. 28 ans, paysanne de Roteglia (Modène). Réglée à 17 ans, a eu 5 enfants, accouchements normaux; s'est toujours bien portée jusqu'en nov. 1891. — A cette époque, peu de jours après son dernier accouchement, en se penchant sur le côté gauche pour se relever de la position assise, elle éprouva de vives douleurs dans le flanc gauche; ces douleurs durèrent plusieurs heures et disparurent complètement, pour se reproduire ultérieurement, mais seulement à la suite de fatigues. — Quelques jours plus tard, la malade constata dans le côté gauche de l'abdomen la présence d'une tumeur assez mobile, de la grosseur d'un œuf de poule, qui finit par atteindre les dimensions d'une tête d'adulte. La malade entre à la clinique Chirurgicale de Modène le 9 avril 1892. — *Examen.* Bon état général. Rien de particulier en dehors de la tumeur abdominale. Abdomen saillant à gauche dans les 2/3 supérieurs; à la palpation tumeur du volume d'une tête d'adulte, globuleuse, et qui s'insinue sous le rebord costal; à sa partie supérieure elle dépasse la ligne médiane, en bas elle descend dans la fosse iliaque, arrivant à 8 centimètres de l'épine du pubis. Surface lisse, consistance élastique, fluctuation; pourtant à gauche la tumeur paraît solide. On peut la déplacer jusqu'à la ligne médiane; dans le décubitus latéral droit, elle atteint d'elle-même la ligne médiane; dans la position genu-pectorale, on constate une dépression du niveau de la région lombaire, et une saillie abdominale plus accusée; dans la station debout, la tumeur s'abaisse quelque peu et émerge totalement de l'arc costal. — A la percussion superficielle, on a de la difficulté à trouver de la matité absolue au niveau de la tumeur, on n'en perçoit que sur la ligne médiane, en appuyant fortement sur le plessimètre; à part cela on n'en rencontre nulle part sur la tumeur. Celle-ci, qui n'est nullement sensible à la pression, est à de longs intervalles le siège de quelques vives douleurs; elle est souvent gênante par son poids et son volume. — Le soir élévation de température à 38°,4, 38°,7. — Urines normales en quantité et en teneur.

Diagnostic. Tumeur liquide au niveau du rein gauche. Diagnostic incertain entre dégénérescence kystique du rein, hydronéphrose, pyonéphrose, k. hydat. Pourtant on incline de préférence pour une pyonéphrose ou pour un k. hydat. à cause de la forme régulière de la tumeur, et les élévations vespérales de température font plutôt penser à un processus suppuratif. — Pas de ponction exploratrice. — *Intervention*, le 19 avril 1892. Chloroformisation. Laparotomie médiane longue de 7 centimètres; on déplace le côlon sans léser le ligament gastro-côlique, on incise le feuillet postérieur du péritoine, et par décollement on isole partiellement le k. Par ponction, à l'aide du trocart de Spencer Wels, on évacue 2 litres d'un liquide épais, jaunâtre, puriforme. Ensuite on achève la libération du k. comme s'il s'agissait d'un k. de l'ovaire; en tirant sur la tumeur, on constate que son pédicule s'implante dans le hile du rein, et le rein vient avec le pédicule. On lie séparément avec de fortes soies l'artère rénale, la veine et l'uretère; section du pédicule et

1. Nous devons la communication du texte original de cette observation à l'amabilité du Professeur Andrea Ceccherelli, de Parme.

cautérisation du moignon uretéral au thermocautère. Les lèvres de l'incision faite au feuillet postérieur du péritoine s'accolaient si bien, qu'on jugeait inutile d'en faire la suture. — Suture de la paroi, dans la profondeur par 3 points en anse; sutures superficielles à points séparés. — *Suites*. Excellentes, apyrétiques. Diminution de la quantité des urines lors des deux premiers jours (740 grammes) : mais elles revinrent bientôt à leur taux normal. Quinze jours après l'opération, la malade se leva, parfaitement guérie. Elle sortit le 10 mai.

Examen de la pièce. Il s'agit d'un cas de k. hydat. du rein. Ce k. est constitué d'une tunique fibreuse de notable épaisseur, tapissée intérieurement d'une membrane chitineuse, et dans lequel on trouve de nombreuses vésicules-filles, dont le volume varie d'un petit pois à une noix. Le rein, notablement diminué de volume, présente, par suite de la disparition de sa partie moyenne réduite à un cordon fibreux, deux lobes de dimensions à peu près égales et distants l'un de l'autre de 5 centimètres; dans le cordon fibreux, canal faisant communiquer les deux cavités l'une avec l'autre; toutes deux du reste sont en communication avec l'uretère. L'examen histologique de ce qui restait de parenchyme n'a pas donné de résultats dignes d'être notés.

Obs. 4. — Cas du **Professeur Opitz**, rapporté par **Gosch**. — ***Ein Fall von Nierenechinococcus aus der gynäkologischen Abteilung der Universitats-Frauenklinik zu Marburg***. — (Gosch Inaug. Diss. Marburg 1903, p. 14-17)[1].

F. 43 ans, mère de onze enfants; n'a jamais été souffrante auparavant. — Elle se plaint de ressentir des douleurs dans le côté gauche, depuis l'été 1903 : ces douleurs dans la suite se sont propagées dans le dos. Au début de mars 1904, hémorragie abondante par le vagin; depuis, la malade a des pertes continuelles. — *Examen*. Tumeur kystique, volumineuse, très mobile, située un peu à gauche et atteignant en bas la symphyse; on la déplace facilement en haut, en bas et à droite; elle est absolument mate. On perçoit sur son bord gauche quelque chose qui est de consistance molle, et comme des adhérences dures qui la fixent en haut et à gauche, d'une façon lâche. Au toucher vaginal, on perçoit la tumeur qui pénètre dans le bassin, déplaçant l'utérus qui est en rétroversion et abaissé. On sent l'ovaire droit, mais il est impossible de trouver le gauche. — Aussi porte-t-on le *diagnostic* de k. de l'ovaire gauche. On constate à l'examen histologique que la muqueuse utérine n'est le siège d'aucune transformation maligne.

Opération le 29 mars 1904, par le Professeur Opitz. Éthérisation. Laparotomie médiane. Il s'agit d'une tumeur rétropéritonéale, recouverte à gauche du côlon descendant, et adhérente en arrière et à droite à des circonvolutions de l'intestin grêle. Même après avoir prolongé l'incision abdominale, il est impossible d'amener la tumeur en dehors de la plaie. Aussi incise-t-on longitudinalement la capsule de la tumeur en son milieu, en dedans du côlon, et procède-t-on à sa libération.

1. Nous avons pu consulter le kyste original de cette observation, grâce à l'extrême obligeance du Professeur Küster, de Marburg, qui nous en a donné communication.

On place plusieurs compresses pour isoler la partie inférieure de la cavité péritonéale. On incise encore une deuxième et une troisième capsule[1]. A l'aide de l'aiguille de Deschamps on lie de larges brides qui gagnaient la tumeur. Finalement, à la partie supérieure de cette dernière, on place des ligatures sur un tissu mou qu'on reconnut pour être du parenchyme rénal. — On s'aperçoit alors qu'on a pris dans les ligatures une partie du bassinet; les vaisseaux sont en arrière de ce bassinet. La tumeur est enlevée avec précaution, mais elle tombe par terre et éclate, donnant issue à une membrane blanchâtre; dans le liquide clair que contenait cette membrane, on trouva au microscope de nombreux scolex. — En examinant de nouveau le rein, on constata qu'il était entièrement sorti de sa capsule, que la tumeur en occupait le pôle supérieur, et qu'il s'était déplacé de telle façon que son pôle supérieur regardait en avant et en bas; aussi les vaisseaux étaient situés en arrière du bassinet et de l'uretère. Le rein et le bassinet étaient en lambeaux; on les enleva après les avoir séparés de l'uretère et des vaisseaux à l'aide de ligatures. — La large cavité rétropéritonéale est maintenant complètement à sec, on l'éponge encore à plusieurs reprises; le péritoine est fermé de bas en haut par un sujet au catgut. Les compresses imbibées de sang sont changées. — On amène l'utérus dans la plaie; annexes normales; dans l'ovaire droit, à côté d'un corps jaune, un follicule de Graaf gros comme un pois qu'on incise; dans l'ovaire gauche un autre follicule, plus volumineux, et qui s'est rompu spontanément. — Fixation de l'utérus suivant le procédé d'Olshausen. La malade est replacée dans la position horizontale; suture de la paroi à points séparés. Pansement. Durée de l'opération, 60 minutes; durée de l'anesthésie, 85 minutes.

Suites. Pansement le 7 avril; suintement modéré à la partie inférieure de la plaie, béante à ce niveau sur une étendue de 15 millimètres. — Le 11, la malade va bien et se lève; elle part le 18, guérie. Durant les premiers jours la malade urina en moyenne 600 grammes; mais la quantité de l'urine augmenta graduellement, et revint à la normale 14 jours après l'opération. — Quatre mois après l'opération, la malade se portait bien, ne se plaignant d'aucun trouble. — *Examen de la pièce.* Le sac, de forme arrondie, et qui présente les dimensions d'une tête d'un jeune enfant, renferme une grande membrane déchirée et enroulée plusieurs fois sur elle-même. La face interne de ce sac, qui d'une façon générale est lisse, présente pourtant de petites saillies fines et irrégulières. Il est constitué de tissu conjonctif, et son épaisseur est variable : sur une moitié de son étendue, il est mince, translucide (son épaisseur à ce niveau est environ le double de celle de la dure-mère); dans l'autre moitié, il est au contraire très épais (soit 10 à 15 millimètres); au niveau de la partie amincie, on trouve à la section du tissu adipeux, mais principalement dans les assises externes de la paroi. — En plein centre de

1. Nous nous demandons ce que l'auteur entend exactement par ces *capsules évidemment concentriques*; il ne s'agit pas de la membrane-mère, car il ressort de la lecture de l'obs. qu'Opitz enleva le parasite sans l'ouvrir, d'autre part nous n'avons jamais vu que l'adventice, *qui fait partie intégrante de l'organe où siège le k.*, puisse présenter une disposition lamelleuse ou feuilletée. Cette disposition ne peut guère non plus se rencontrer dans les cas de k. hydatiques secondairement fusionnés avec un organe.

la zone épaisse se trouve le rein; il est aplati, sa surface égale celle d'une paume de main; il entre dans la constitution de la paroi, et fait saillie extérieurement. Le parenchyme est à nu et dilacéré. On fit des coupes là où le rein faisait partie de la paroi, et on les examina au microscope : on constata que la substance corticale était appliquée contre le sac, et dans la partie du rein qui était à nu et dilacérée, on trouva le bassinet qui avait encore conservé par place son épithélium. — Donc le parasite et sa capsule s'étaient développés en dehors du rein, entre la capsule propre du rein et la capsule graisseuse. Cette capsule propre était très épaisse, et la partie périiphérique de la couche corticale, du fait de la pression exercée par le kyste, avait subi la dégénérescence fibreuse, et les glomérules ainsi que les tubes urinifères avaient presque disparu. Dans la couche médullaire, le parenchyme était mieux conservé. — On examina aussi au microscope la paroi du sac : constituée de tissu adipeux, et de tissu conjonctif dur et scléreux, elle était tapissée en dedans d'une « fine couche de cellules avec granulations; on y voyait aussi des cellules géantes ». Ces cellules à granulations étaient revêtues çà et là d'une mince assise d'éléments grenus et nécrosés.

2° Par laparotomie latérale.

Obs. 5. — **Aretaeos.** — *Chirurgische Behandlung der Hydatiden der Niere.* — In Verhandl. des X intern. Medic. Congress, Berlin, août 1890, Band III, Abtheil. VII, p. 222-223.

F. 16 ans, mariée depuis 3 mois. — Il y a deux ans, elle constata dans l'hypochondre droit la présence d'une tumeur, non douloureuse, du volume d'une orange. Il y a 2 mois, lors de ses règles, elle fut prise de violentes douleurs dans le côté dr. de l'abdomen; elle remarqua alors que la tumeur descendait plus bas qu'auparavant. — *Examen.* Femme petite et délicate, état général médiocre, facies pâle. — La malade étant couchée, on trouve dans la moitié droite du ventre, une tumeur arrondie, étendue de l'ombilic à la région lombaire et à la fosse iliaque droite; son point le plus saillant se trouve sur le bord externe du grand droit, à la hauteur de l'ombilic. Elle ne s'abaisse nullement lors de l'inspiration. — A la palpation, on constate qu'elle est grosse comme une tête d'enfant, à peu près sphérique, à surface lisse; elle est partagée en deux par un sillon superficiel. Sa consistance est dure; si on parvient à la fixer, ce qui est difficile, on trouve alors une vague élasticité, comparable à celle qu'on rencontre dans les sarcomes. — La tumeur est mobile en tous sens, mais surtout en haut et en bas; elle occupe l'hypocondre, étendue du foie à la région rénale. Si on la repousse en bas et à gauche, ce qui se fait sans aucune difficulté, on constate alors l'existence d'un large pédicule, tendu de la tumeur à la région rénale; la tumeur se trouve comme suspendue par une sorte de mésonéphros. — Tumeur un peu sensible à la pression. — A diverses époques indéterminées, dans la tumeur et la région rénale correspondante, la malade est prise de crises douloureuses, sans fièvre, dont la durée varie d'une heure à deux ou trois jours. — Aucune connexion entre la tumeur et les organes génitaux internes. Splénomégalie marquée, du fait de la malaria. — Jamais d'hé-

maturies, urines acides, claires; quantité normale, souvent léger précipité nuageux; aucun échinocoque à l'examen microscopique. — *Diagnostic*. D'après ces symptômes on diagnostiqua un rein mobile, probablement sarcomateux, sans pouvoir pourtant exclure la possibilité d'un k. du rein. — *Opération*, le 14 février 1884. Laparotomie sur le bord externe du grand droit: la tumeur apparaît recouverte de l'épiploon; à l'aide des doigts, ce dernier est facilement repoussé en haut. Le feuillet postérieur du péritoine recouvre la tumeur; plus à droite il se porte sur le côlon qui passe en avant de la tumeur. — Incision de ce feuillet péritonéal. Néphrectomie. — La tumeur, du volume d'une petite tête d'enfant, est arrondie, ovale; elle pèse 1 120 grammes; elle est entourée d'une couche de tissu conjonctif lâche. Quand on l'incisa, on constata qu'il s'agissait d'un k. hydatique.

Obs. 6. — CAS INÉDIT, communiqué par **M. le Dr Chandelux**. — *K. hydat. du rein. Néphrectomie transpéritonéale. Incision lombaire de drainage. Guérison*[1].

La nommée S. Françoise, âgée de 15 ans 1/2, née à Saint-Maurice-sur-Dargoine, est admise à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Pierre n° 18, le 12 octobre 1887. — A son entrée les renseignements recueillis sur elle sont les suivants. — La mère est valétudinaire, elle a souffert de douleurs rhumatismales à diverses reprises; le père est bien portant, ainsi que trois sœurs. Elle-même a toujours été d'une bonne santé. Pas de strume. Il y a deux ans, variole assez grave, ayant laissé de nombreuses cicatrices. Ce fut au cours de cette affection, que la malade remarqua pour la première fois la tumeur qu'elle nous montre aujourd'hui. Celle-ci siégeait dans le flanc droit, s'étendant suivant une direction transversale, à égale distance des côtes et de l'os iliaque. Peu volumineuse à cette époque, ayant à peu près la grosseur d'un œuf, mobile et indolore, elle attira peu l'attention et resta sans traitement.

L'enfant en avait presque oublié l'existence, quand il y a 15 jours environ, sans cause apparente, l'allure de l'affection changea brusquement, et en peu de jours la tumeur acquit un développement inquiétant. — Actuellement le ventre est très volumineux, déformé, la moitié droite étant beaucoup plus saillante que la gauche, et la ligne ombilicale fortement déviée. Au palper on sent, remplissant

1. Cette observation est *publiée ici intégralement pour la première fois*, grâce à l'obligeance du Dr Chandelux qui a bien voulu nous la confier. Mais, antérieurement, elle a été *citée, sans aucun détail du reste*, in *Pollosson*, [illegible] *Med., t. XXV, 1893, p. 37*. — In *Wagner, loc. cit. Schmidt's Jahrb., 1894, t. CCXLIV, p. 207* — et in *Zuelzer's Blatt 1894, p. 142*. — In *Roscher, loc. cit., obs. 101, p. 110*. — In *Serapin, loc. cit. Annales de Chir. Russe. 1898*, [illegible] In *Alexinsky, loc. cit. p. 276*. — In *Bogoluboff, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 21, p. 864*.

l'hypocondre droit tout entier et dépassant notablement l'ombilic, une tumeur volumineuse, irrégulière, résistante, de la grosseur d'une tête d'adulte. Cette tumeur, peu mobile et rénitente, déborde la fosse iliaque, dont elle occupe les 2/3 supérieurs. La délimitation en haut est très obscure; il est difficile de la séparer nettement du foie. — La pression, non douloureuse d'avant en arrière, provoque au contraire une douleur assez vive quand elle est réalisée par l'introduction de la main au-dessous de la tumeur, à la partie inférieure, avec tentative de soulèvement.

La percussion donne un son mat sur toute l'étendue de la tumeur; la sonorité apparaît à la limite inférieure. Les téguments sont normaux; ils glissent sur la tumeur dont ils sont manifestement indépendants. Aucune douleur à la percussion, soit sur la colonne vertébrale, soit sur l'os iliaque. — Au toucher vaginal, la tumeur se montre indépendante de l'utérus. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignment.

La menstruation établie depuis 5 mois s'est toujours effectuée normalement. Aucun trouble de la miction; les urines ont toujours présenté une limpidité parfaite, et n'ont jamais renfermé de pus ou de sang; elles ne contiennent pas d'albumine. — État général excellent.

Diagnostic. — Sarcome du rein ou plus probablement hydronéphrose. — *Opération*, le 20 octobre 1887. Anesthésie au chloroforme. Toilette de la région au savon, au sublimé, à l'éther et à l'acide phénique. Sur le côté droit de l'abdomen, au niveau du point le plus saillant de la tumeur, ponction exploratrice à l'aide de l'aiguille n° 2 de l'appareil de Dieulafoy. Issue de quelques centimètres cubes d'un liquide limpide, hyalin, incolore, transparent comme de l'eau de roche et qui fit immédiatement penser à un k. hydat. Cette hypothèse, un instant agitée au début, avait ensuite été écartée en raison de la grande rapidité d'évolution de la tumeur, et à cause de la rareté de l'affection. Après la ponction exploratrice, la question semblait définitivement tranchée en faveur de la nature hydatique du kyste; mais l'examen du liquide à l'acide nitrique ayant révélé une grande quantité d'albumine, on fut de nouveau hésitant, car l'albumine, on le sait, est tout à fait exceptionnelle dans le liquide des k. hydatiques.

Incision oblique de la paroi, dirigée obliquement depuis la 12e côte jusqu'au bord externe du grand droit de l'abdomen, à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. Cette incision mesure 12 à 15 centimètres de longueur. Le péritoine ouvert, on voit immédia-

tement apparaître la tumeur, sous forme d'une paroi kystique, fortement tendue. Cette paroi est ponctionnée à l'aide d'un trocart de gros calibre, et le liquide soigneusement recueilli, la plaie étant maintenue à l'abri de son contact. Dans ce liquide flottent de très nombreuses vésicules de cysticerques de petites dimensions. La poche vidée de son contenu, que l'on peut évaluer à un litre, est ensuite incisée largement. On constate alors que la paroi proprement dite, fibreuse, résistante, d'une épaisseur d'un demi-millimètre, est doublée intérieurement, mais non dans toute son étendue, d'une membrane blanchâtre, friable, peu adhérente, parsemée çà et là de larges îlots de vésicules et de végétations fertiles, de grosseur variable, encore adhérentes à la membrane-mère. Il est probable que l'absence de la membrane germinative sur une portion des parois de la poche kystique explique la présence de l'albumine dans le liquide.

La poche, étalée du côté de la paroi abdominale, plonge profondément en arrière au-dessous du foie, où elle forme une sorte d'infundibulum, sans fond nettement perceptible. A la partie interne et faisant corps avec la tumeur, on aperçoit une masse d'aspect violacé, qui est reconnue après l'incision de la capsule, pour être constituée par la portion restante du rein. L'isolement du pédicule est laborieux; l'uretère et les vaisseaux sont sectionnés successivement entre une double ligature à la soie.

En examinant de nouveau le prolongement infundibuliforme de la cavité kystique, on s'aperçoit qu'il paraît adhérer à la colonne vertébrale et peut-être aussi à la veine cave. Son décollement est poursuivi aussi loin que possible; néanmoins on est forcé d'en abandonner une portion au fond de la plaie après avoir excisé tout ce qui a pu être libéré. — En raison de l'abandon de cette portion, et surtout à cause de la présence au fond de la plaie de ligatures faites avec de gros fils de soie, une contre-ouverture est pratiquée sur le bord externe du muscle sacro-lombaire droit. Par cette incision de décharge viennent sortir les différents fils à ligature; puis un gros drain de caoutchouc de 18 centimètres de longueur y est introduit, et va s'engager par son extrémité profonde dans le cul-de-sac de la poche kystique, dont la dissection n'a pu être achevée, mais dont toute la surface a été dépouillée de la membrane germinative.

Lavage, toilette de l'abdomen. Suture complète de la paroi, en deux étages, au catgut. Pansement antiseptique à la gaze iodoformée et au coton salicylique. La portion enlevée du rein ne

correspond qu'au cinquième d'un rein normal; tout le reste a été détruit par le kyste. Elle paraît d'ailleurs absolument saine, aussi bien dans la zone corticale que dans la zone médullaire.

Après quelques phénomènes fébriles qui persistèrent cinq jours et amenèrent une élévation de température de 40°, tout rentra dans l'ordre. Dans les premiers jours, la quantité d'urine s'abaissa à 450 centimètres cubes pour revenir bientôt au chiffre normal, en même temps que la coloration hématique du début disparaissait. — La malade quitta l'Hôtel-Dieu, guérie, le 15 mai 1887. Elle a été revue en excellente santé le 16 juillet 1890.

Obs. 7. — Cas de **Lawson Tait** rapporté par **Christopher Martin.** — ***Hydatidcyst of the kidney Nephrectomy.*** — The Provincial Medic. Journ. 1891, t. X, p. 15. — Midland Medic. Soc. 26 nov. 1890, in Lancet 1891, t. I, p. 22. — (In *Alexinsky*, loc. cit. p. 276) [1].

F. 46 ans, consulte le 15 novembre 1890. Réglée à 15 ans; mariée deux fois, a eu 4 enfants; jamais de fausses couches. Règles régulières, peu abondantes et sans douleurs jusqu'en décembre 1889; depuis elles ont cessé. — Il y a 2 ans elle découvrit par hasard, dans la région lombaire droite, une tumeur du volume d'une orange, dont l'accroissement lent au début a été beaucoup plus rapide au cours de ces 6 derniers mois. La tumeur devint surtout gênante par son volume; elle était tout à fait indolore. Jamais d'ictère, ni de vomissements, ni de coliques néphrétiques, ni d'émission d'hydatides. Urines normales; légère fréquence des mictions, depuis un an, surtout après les promenades en voiture. — Les médecins consultés posèrent des diagnostics très différents. — *Examen* de la malade, lors de son admission à l'hôpital privé de Lawson Tait. Elle présentait l'aspect d'une personne bien portante; pas de douleur. Tumeur abdominale, très saillante, arrondie, de la grosseur d'une tête d'adulte, tendue, globuleuse, élastique, étendue à droite, du rebord costal à la crête iliaque, bombant en arrière dans les lombes, s'arrêtant à un pouce de l'ombilic. — Circulation collatérale à dr. — Tumeur fluctuante, donnant l'impression d'un liquide très fluide renfermé dans un sac très tendu et élastique. Pas de frémissement hydatique. Pas de sensibilité à la pression. Elle suit un peu les mouvements respiratoires. Mate; aucune sonorité dans le flanc dr. On peut la déplacer latéralement.

Opération, le 16 novembre 1890 par Lawson Tait. Laparotomie latérale; incision latérale, longue de 4 pouces. Mise à nu d'un k. hydat. du rein, qu'on sectionne au bistouri : la tension du liquide était telle, qu'il jaillit avec violence à la figure de l'opérateur. Il était limpide, incolore, semblable à de l'eau distillée. Kyste unique, uniloculaire, enfoui dans le parenchyme du rein. « On le *sépara de sa capsule fibreuse* à l'aide des doigts, mais les adhérences profondes du k. étaient si intimes que

1. Nous avons pu prendre connaissance du texte original de ce document, grâce à l'amabilité de la Rédaction du Prov. Medic. Journ., qui a bien voulu nous l'adresser.

l'énucléation se fit avec difficulté et lentement. Le parenchyme rénal avait été tellement désorganisé par le k., et si dilacéré au cours de l'opération, qu'on résolut de l'enlever [1]. » — Décortication du rein jusqu'au hile, application autour du pédicule du serre-nœud de Kœberlé modifié par Lawson Tait, ligature en masse. On enleva la majeure partie du rein, mais on en laissa assez pour empêcher le fil de glisser. Fixation du péritoine à la lèvre interne de la plaie, afin de séparer la cavité péritonéale du champ opératoire. Suture de la plaie à la soie, le manche du clamp sortant par la partie inférieure de ladite plaie. — *Suites*. Pas de shock; guérison rapide. On enleva les points de suture au 7e jour, et le clamp au 12e. La température ne dépassa pas 38° et le pouls 100. — L'émission des urines ne fut d'abord que de 26 onces par 24 heures, mais elle s'éleva bientôt à 40. La malade se leva au 36e jour; elle est maintenant en parfaite santé. — *Examen de la pièce*. Le k. était unique, constitué d'une tunique lamelleuse doublée en dedans d'une couche parenchymeuse. Nombreux crochets Pas de vésicules-filles.

Obs. 8. — Cas de **Leonte** rapporté par **Botescu**. — *Kist idatic al rinichiului drept. Nefrectomie trans-peritoneala. Vindecare.* — Spitalul, t. XVIII, 1898, p. 275-277. — (In *Bogoluboff*, loc. cit., Archiv. de Chir. Russe 1904) [2].

Le 20 mars 1898, entre à l'hôpital Brancovenesc un malade de 72 ans, détenu. Il a fait une chute il y a 8 ans, et depuis il ressent continuellement des douleurs dans le membre inférieur gauche. — En 1896,

1. Traduction littérale d'une phrase qui manque de précision. L'auteur veut-il dire simplement qu'il a séparé la membrane-mère d'avec la capsule fibreuse — ou veut-il dire qu'il a pratiqué l'*énucléation*, c'est-à-dire séparé cette capsule fibreuse du parenchyme rénal environnant. Si on veut se tenir au sens littéral des mots, on ne peut guère admettre que la première hypothèse; mais de la lecture complète de l'obs. il ressort de façon évidente que L. T. a fait l'*énucléation du k.* — A diverses reprises, nous avons longuement entretenu le lecteur de ce procédé qui repose sur une incroyable erreur d'anatomie pathologique. En effet ceux qui ont décrit ce procédé, ceux qui le préconisent, et les chirurgiens qui l'emploient, pensent que la tunique fibreuse, l'adventice, constitue une membrane individualisée, indépendante et aisément séparable du parenchyme du viscère envahi par le k. Or rien n'est plus faux, attendu que cette tunique est formée aux dépens du viscère envahi, et attendu qu'elle est due à la réaction inflammatoire qui se développe autour du k. comme autour de tout corps étranger. Il n'existe aucun plan de clivage entre l'adventice et le parenchyme sain. — Que le lecteur lise l'obs. de Lawson Tait, elle est instructive à ce sujet : *les adhérences profondes du k. étaient si intimes que l'énucléation se fit avec difficulté et lentement. Le parenchyme avait été si dilacéré au cours de l'opération qu'on résolut de l'enlever.* Lawson Tait ajoute du reste qu'il enleva un rein très désorganisé par le k. Mais il n'en est pas moins vrai que le rein avait été dilacéré au cours des manœuvres opératoires, et s'il avait été sain, l'embarras du chirurgien aurait probablement été très grand.

2. Les Drs Héresco et Stefanesco-Galatz, de Bucarest, ont eu l'amabilité de nous adresser le texte original de ce document, que nous ne pouvions trouver à Paris. — *Traduction du titre* : K. hydatique du rein dr. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison.

diarrhée abondante. Peu après, il constata l'apparition d'une petite tumeur dans la région iliaque droite. Ensuite survinrent des douleurs dans les régions ischiatique et lombaire, avec irradiations dans le genou; pointes de feu et vésicatoires sur la région douloureuse. — La tumeur augmenta peu après, s'étendant en hauteur dans la direction des côtes; elle commença alors à devenir le siège de légères douleurs. — Appétit bon; les reins fonctionnent bien. De temps à autre un peu de fièvre avec frissons et sensation de chaleur.

Examen. Vieillard bien conservé; état général bon. Le malade se plaint d'une pesanteur dans le côté dr. du ventre; il ressent aussi des douleurs, qui de cette région se dirigent vers les lombes et vers les membres. La marche provoquant des douleurs, il préfère rester couché dans le décubitus dorsal ou latéral. — On remarque dans le flanc droit, ainsi que dans l'hypocondre et la fosse iliaque, une voussure qui atteint le volume d'une tête d'adulte. La tumeur est dure, insensible, indolore lors de l'exploration; elle présente une consistance uniforme. En haut elle paraît distincte du foie, dont elle est séparée par une zone de sonorité; en bas elle atteint presque le rebord de l'os iliaque; à g. elle s'étend insensiblement dans le flanc opposé, et du côté dr. elle se perd dans l'hypocondre et la région lombaire. — Ganglions nullement augmentés de volume; peau de coloration normale, libre d'adhérences, et n'indiquant aucune gêne circulatoire dans la profondeur. Appétit conservé. Les fonctions des organes abdominaux et thoraciques s'effectuent bien. — Urines des 24 heures, jaunes, troubles, avec très peu de dépôt, fétides, densité 1 023; urée 25 grammes, ni sucre, ni albumine; augmentation du taux de l'indican; quelques cellules épithéliales provenant de la vessie, des leucocytes et de nombreux ferments.

Le 21 mars, une ponction exploratrice donne un liquide limpide. — *Opération,* le 23, par Leonte. Incision longitudinale latérale à droite, parallèlement à la ligne blanche; on constate la présence d'une tumeur au-dessous du fascia transversalis; on incise ce fascia, et on commence à décortiquer. La tumeur est libre en haut et en dedans, elle est indépendante du foie; on l'incise, issue de 2 litres d'un liquide clair comme de l'eau. La poche adhère en arrière intimement à l'os iliaque; les adhérences qu'elle présente avec le muscle psoas et le rachis sont détruites à l'aide du doigt. — L'intérieur du sac est entièrement tapissé d'une membrane épaisse et volumineuse, qui renferme d'autres membranes petites et fines, mais pas d'hydatides. — Contre-ouverture en arrière dans la région lombaire, drainage de la cavité en arrière, fermeture de la plaie abdominale.

Examen de la pièce. La tumeur extirpée présente la forme et les dimensions d'une tête d'enfant, sa paroi est épaisse, présentant par endroits des îlots dont la forme, la consistance et l'aspect rappellent le rein; le reste de la paroi est constitué d'une masse musculo-fibreuse *indéfinissable.* Le tout est tapissé intérieurement d'une membrane stratifiée, blanc grisâtre, qui renfermait le liquide dont il a été question plus haut. — *Suites.* Dans le courant de la journée, douleurs, injections de morphine. — Le 25, pansement; état local bon, peu de sang. Le 27, on retire une partie de la gaze iodoformée; lavage de la cavité au sublimé et à l'acide phénique, écoulement d'un liquide séro-sanguinolent, sale.

— Le 28, on enlève ce qui restait de la gaze et le drain; sur la gaze quelques traces de membranes; lavage. Le 30, la cavité se rétrécit; sécrétion très faible. Le malade est transporté à la prison où on continue à le panser [1].

Obs. 9. — **Meinel.** — *Ein Fall von unilocularem Nierenechinococcus.* — Muench. Medic. Wochenschr. 1901, p. 389. — (In *Gosch*, Inaug. Diss. Marburg 1903, p. 13. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 52, p. 872).

H. 21 ans, employé des postes, envoyé à l'hôpital par son médecin avec le diagnostic de tumeur de l'épiploon. Étant enfant, il eut une pneumonie et la rougeole; à part cela il s'est toujours bien porté. — En septembre 1898, sa santé s'altéra : salivation très abondante avec goût de vinaigre dans la bouche, fatigue constante après les repas; dans l'abdomen, sensation de poids et de plénitude que le décubitus aggravait encore; jamais de vomissements, éructations fréquentes; bientôt inappétence complète. Il ne s'agissait point d'une affection organique de l'estomac. — En avril 1899, pour la première fois, un médecin constate une résistance dure dans l'abdomen; au mois d'août un autre médecin reconnaît l'existence non douteuse d'une tumeur, dont il ne peut préciser le siège. — Aggravation rapide de ces symptômes; en septembre, le malade ne peut continuer son travail; il a recours à l'hydrothérapie. — Bientôt sensation constante et très accusée de brûlures dans la gorge et l'estomac. Dans le décubitus, le malade ressent parfaitement la présence d'une tumeur dure dans son abdomen. Jamais de douleurs, ni dans la région rénale, ni dans les lombes; urines parfois troubles, mais jamais hématuriques. — Le malade n'a jamais été en contact avec des chiens.

Examen, le 16 novembre 1899. Homme de haute taille, assez mince, pâle, d'extérieur très apathique; langue bonne, pas de fièvre. Rien ni au cœur, ni aux poumons. La palpation de l'abdomen n'est douloureuse en aucun point; les limites du foie sont normales. — Sur la ligne mamillaire gauche, immédiatement au-dessous du rebord costal, tumeur arrondie, un peu plus grosse que le poing, très mobile, de consistance élastique. Par le palper bimanuel, on peut avec facilité la déplacer de la région rénale et la mouvoir en tous sens, et ceci sans éveiller de douleurs particulières. Elle est mate, mais il n'existe point de limites nettes entre sa matité et la sonorité donnée par les intestins : le côlon longe latéralement la tumeur. — Urines claires, acides, jaunes, sans albumine.

Diagnostic. Hydronéphrose du rein gauche. — *Opération* le 18 novembre. — Après examen sous narcose, on abandonne la voie lombaire dont on avait fait choix tout d'abord, et on décide de pratiquer une laparotomie. La tumeur est extraordinairement mobile, on peut la refouler jusqu'à la ligne médiane, et l'abaisser de quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle est située immédiatement sous la paroi sans interposition d'anses intestinales, et on peut, des deux mains,

1. Dans des considérations, l'auteur ajoute que la marsupialisation doit être remplacée par la néphrectomie, que la voie antérieure est plus indiquée que la voie lombaire, et que le traitement du reste varie suivant les cas.

l'englober presque entièrement. La grande mobilité de la tumeur et sa situation antérieure par rapport à l'intestin, firent penser alors à une tumeur ou à un k. de l'épiploon. — *Laparotomie* sur le bord externe du grand droit gauche. Après incision du feuillet pariétal du péritoine, apparut saillant entre les anses intestinales, un gros k. rétropéritonéal qui dépendait du rein gauche; on pensa à une hydronéphrose et on décida la néphrectomie. On écarte les anses intestinales, et on incise le feuillet postérieur du péritoine, dont on récline ensuite les lèvres; on attire alors le rein qui est presque entièrement recouvert d'un grand k. et on le libère jusqu'au hile. On vérifie la présence du rein dr., et on sectionne ensuite les organes du hile, après ligature double des vaisseaux et ligature simple de l'uretère. — Fermeture du péritoine, suture de la paroi en trois étages et pansement. L'opération avait duré à peine une heure.

Examen de la pièce. Le k. de la grosseur d'une orange émergeait de la partie inférieure de la face antérieure du rein : il s'agissait d'un k. hydat. uniloculaire typique, contenant un liquide clair comme de l'eau et neutre, ainsi qu'une foule de vésicules proligères; la membrane du k., blanche comme du lait, était épaisse de près d'un centimètre. — Le rein était situé au-dessous du k., seulement aplati, presque sain, et on regretta de ne s'être point borné à une néphrotomie. La circonférence maxima du k. était de 26 centimètres. — *Suites*. Durant les six premiers jours, fièvre jusqu'à 39°,6, dyspnée, expectoration muqueuse et crachats rouge-brun. Comme la plaie n'était le siège d'aucune réaction, et comme il n'y avait aucune apparence de péritonite ou de suppuration rétropéritonéale, on pensa qu'il s'agissait d'une pneumonie. — Le 12 novembre 1899, 25 jours après l'opération, le malade partit guéri. Le 20 du même mois, il se représenta à la Clinique en parfait état de santé.

Obs. 10. — **Tuffier**. — ***Hydronéphrose par k. hydat. du rein. Néphrectomie***. — Bull. et Mém. Soc. Chir. 1900, p. 181 et 1901, p. 667. — (In Tabar, th. Lyon 1901, obs. 9, p. 47. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904) [1].

F. 18 ans, entre chez Tuffier à la Pitié le 6 février 1900, pour une tumeur abdominale qu'elle porte depuis un an, mais qui ne la fait souffrir que depuis une huitaine de jours. Il y a 10 ans, elle aurait déjà eu une tumeur dans le ventre, s'accompagnant d'une douleur tolérable (point de côté), et qui, ponctionnée en décembre 1890, aurait donné issue à 1 500 grammes de liquide. Diagnostic : K. hydat. du foie. — La tumeur n'a reparu qu'il y a un an. — *Examen*. Tumeur arrondie, faisant saillie à dr. de l'ombilic, occupant complètement le flanc gauche, étendue du foie à la fosse iliaque, débordant un peu la ligne médiane au niveau de l'ombilic; lisse, régulière, fluctuante, mate, séparée du foie par une bande de sonorité; assez peu mobile, cependant se déplaçant verticalement lors des mouvements respiratoires. — *Opération*, le 13 février 1900. Lapa-

1. Le siège *primitif* du k. est un peu incertain. M. Tuffier, à la suite de son obs. fait en effet quelques réserves, et se demande s'il ne s'agirait point d'un k. pararénal. L'examen de la pièce, après l'opération, aurait peut-être pu éclairer cette question.

rotomie latérale gauche sur le bord externe du grand droit, et longue de 12 centimètres. On tombe sur une tumeur kystique, indépendante du foie, rétropéritonéale, refoulant le côlon descendant en dedans. Incision verticale et décollement, non sans peine, du feuillet péritonéal qui recouvre la face antérieure de la tumeur; les deux volets péritonéaux rabattus sont à l'aide de pinces fixés au péritoine pariétal. Ponction avec l'appareil de Potain; il ne vient que quelques gouttes. Alors incision longitudinale de la poche dans l'espace dénudé, suivie de l'issue d'une énorme quantité d'hydat. vivantes de toutes dimensions. On extrait de la poche une membrane épaisse, gélatineuse, paraissant être la paroi de l'hydatide même. — On aurait pu faire facilement le capitonnage, mais on découvre une deuxième poche, coiffant l'extrémité supérieure de la première. — Aussi on extirpe la première, après avoir libéré l'uretère accolé sur une longueur de 10 à 15 centimètres le long de la paroi externe de la poche; cet uretère n'était point dilaté. — Ouverture de la deuxième poche, issue d'un liquide citrin manifestement urinaire. Il s'agissait, en effet, d'une poche d'hydronéphrose à la partie supérieure de laquelle se trouvait encore une mince portion de parenchyme rénal. Dans ces conditions, M. Tuffier pensa qu'il fallait faire l'extirpation totale. Celle-ci fut assez pénible à cause des adhérences de cette poche avec la veine cave inférieure, sur une étendue de plus de 10 centimètres. Après l'extirpation, suture des 2 feuillets péritonéaux au catgut; ligature des pédicules également au catgut. Drainage, suture de la paroi en un seul plan. — *Suites* bonnes, troublées dans les premiers jours par une légère bronchite. La malade sort le 7 mars 1900, parfaitement guérie, rendant environ 1500 grammes d'urine par jour.

Obs. 11. — **Stein.** — ***Ueber Echinococcus der Niere.*** — Wien. Klinik. Wochenschrift 1900, t. XIII, p. 993-995. — (In *Pupovac*, loc. cit., Wien. Klin. Wochenschr. 1902, p. 1173. — In Champenois, th. Paris 1901, obs. 15, p. 88. — In *Gosch*, Inaug. Diss. Marburg 1903, p. 12. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 4, p. 860).

H. 18 ans, de Brunn, élève de l'École des arts et métiers. Son père est mort à 42 ans d'hydropisie, sa mère est bien portante; elle eut deux autres enfants morts en bas âge de maladies inconnues, et trois autres qui sont bien portants. Le malade n'a jamais été souffrant avant le début de l'affection actuelle. Il a constaté il y a un an, au niveau du foie, une résistance qui ne s'est point accrue; les douleurs n'ont apparu qu'au cours de ces dernières semaines; elles furent soulagées par des compresses froides. Un médecin conseilla une opération immédiate. — *Examen.* Homme de taille moyenne, assez robuste. La moitié supérieure droite de l'abdomen est manifestement proéminente. Tumeur tendue, élastique, non douloureuse à la pression; fluctuation pas nette. La limite inférieure de la tumeur passe sur les lignes axillaire et mamelonnaire à un travers de doigt au-dessous de la ligne ombilicale, sur la ligne médiane elle correspond à l'ombilic, et décrivant une courbe elle atteint la ligne parasternale gauche au-dessous du rebord costal. La matité hépatique remonte sur la ligne sternale au bord supérieur de la 5e côte, sur la ligne mamelonnaire à celui de la 6e. En arrière, des deux

côtés, la limite inférieure des poumons passe à un travers de main au-dessous de l'angle de l'omoplate. — Tumeur légèrement mobile; à la percussion, tympanisme assourdi sur toute sa surface. — A part cela l'examen des viscères ne dénote rien d'anormal.

Opération, le 2 août 1900, par Pupovac. — Chloroforme et éther. — Durée 2 heures. — Incision plan par plan, longue de 10 centimètres, le long du bord costal dr. Le foie apparaît, très remonté sous les côtes. On prolonge l'incision jusqu'au voisinage du rachis, et le jour n'étant point suffisant, on fait une nouvelle incision de 10 centimètres partant du 1/3 antérieur de la première et dirigée en bas. On peut alors faire complètement le tour de la tumeur; on constate qu'elle provient du rein droit, et qu'elle adhère au duodénum au niveau de son bord interne. Le péritoine qui la recouvre est indemne; on l'incise parallèlement à la plaie. On tente de libérer la tumeur; sur une étendue de 8 centimètres, déchirure du revêtement péritonéal et d'une partie de la tunique musculeuse du duodénum, au niveau de son bord convexe. Libération facile en arrière. — Après ligature des vaisseaux rénaux et de l'uretère on enlève la tumeur. — Suture de la tunique musculeuse et du revêtement péritonéal du duodénum. Suture du feuillet péritonéal qui recouvrait la tumeur. Drainage de l'espace rétropéritonéal. Suture du péritoine pariétal, des muscles et de la peau. — *Suites*. Le 3 août, urines 1 300 grammes; température 37°,5, pouls 96, langue humide. Les jours suivants, pouls et température normaux. L'émission des urines varie entre 1 000 et 1 400 centimètres cubes dans les 24 heures. Guérison au 24e jour.

Obs. 12. — **Pluyette**. — ***K. hydat. du rein droit. Néphrectomie. Lithiase rénale. Cholécystotomie idéale.*** — Marseille Médic., t. XXIX, 1902, p. 593-597. — Bull. et Mém. Soc. Chir. 1902, p. 827. — (In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 90, p. 880).

F. 44 ans, entrée le 23 février 1902 dans le service du Dr Pluyette. — Réglée à 15 ans, mariée à 20, mère de 6 enfants dont 3 actuellement vivants. — Début de l'affection actuelle en septembre 1900, par une augmentation de volume du ventre; simple gêne, pas de douleurs; aucun trouble, ni du côté de l'utérus, ni du côté de l'appareil urinaire. Tumeur occupant le flanc et l'hypocondre droits, arrondie, plutôt rénitente que fluctuante, mate en avant et en arrière. Mobilité relative; sa délimitation d'avec le foie est très peu nette. Rien du côté des urines. Utérus normal, sans connexion avec la tumeur. — *Diagnostic*. Hydronéphrose ou k. hydat. du rein; pas de ponction. — *Intervention*, le 3 mars 1902. Chloroformisation, laparotomie latérale à droite sur le bord externe du grand droit. On tombe sur une tumeur assez adhérente, dont les parois sont en certains points cartilagineuses; tout d'abord elles se laissent facilement décoller, mais elles deviennent très résistantes dans la profondeur. Ne pouvant énucléer la tumeur on la ponctionne : l'apparition d'un liquide eau de roche éclaire aussitôt le diagnostic. Le k. vidé de ses vésicules, le décollement devient plus aisé, et on arrive sur la base de la tumeur formée par le rein atrophié qui se mobilise avec le k. Le point de départ de la tumeur est le pôle inférieur du rein. — Ligature du pédicule, ablation du k. et du rein. Le k. contenait approximati-

vement de 4 à 5 litres de liquide. — En palpant la face inférieure du foie, on s'aperçut par hasard de la présence de nombreux calculs dans la vésicule biliaire; cholécystotomie, ablation de 140 petits calculs, fermeture de la vésicule par une simple suture séreuse. Suture de la paroi abdominale en deux plans. — *Suites* bonnes, 38°,5 le soir de l'opération. Les jours suivants 37°,5 le matin, et aux environs de 38° le soir; 850 grammes d'urine le surlendemain de l'opération. Règles le 3e jour; ablation des fils le 12e. La malade sort le 3 avril très bien guérie; elle est revue le 15 juin en excellent état.

Obs. 13. — **Leonte.** — ***K. hydat. du rein.*** — Bullet. et Mém. Soc. Chir. Bucarest, t. IV, 1901-1902, p. 41-44. — (In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 113, p. 890)[1].

F. 42 ans. Entre le 17 février dans le service de Leonte. Père mort apoplectique, mère morte on ne sait de quoi. Tous ses frères sont morts en bas âge de maladies inconnues. — Étant jeune a eu la rougeole, la variole, les fièvres paludéennes. Réglée à 14 ans; mariée à 15; trois grossesses normales dont la dernière il y a 18 ans; tous ses enfants sont morts en bas âge de maladies inconnues. — Jusqu'à il y a deux ans, réglée régulièrement; puis durant 6 semaines, métrorragies très abondantes: ensuite cessation brusque des règles, qui réapparurent une seule fois il y a un an. — Aucun trouble de l'appareil urinaire. Ni alcoolisme, ni syphilis. Femme robuste. — *État actuel*. Tumeur dans le côté droit de l'*hypogastre*. Jamais de trauma. — Il y a 21 mois, accès douloureux; la malade ressentit, étant dans la rue, une violente douleur dans la région du rein droit, douleur si forte qu'elle ne pouvait marcher qu'avec grande difficulté; ni nausées, ni vomissements, ni hématurie, ni rejet de calcul. — Des crises identiques se reproduisirent à diverses reprises, mais moins fortes. — Un médecin, consulté lors de cette première crise, diagnostiqua une néphroptose. Quelques mois plus tard la malade constata la présence d'une tumeur dans le côté droit du ventre, tumeur qui a augmenté progressivement jusqu'à aujourd'hui. — Jamais de fièvre, jamais de coliques néphrétiques; les urines furent toujours claires.

Douleurs vagues au niveau de la tumeur, qui dans la station verticale, très mobile, atteint la fosse iliaque droite, et qui dans le décubitus dorsal regagne toute seule la loge rénale. La tumeur abaissée a la forme et les dimensions d'une tête fœtale, ovale; l'extrémité supérieure est la plus pointue; surface régulière, dure, indolore à la pression, lisse; ni rénitence, ni fluctuation; à la percussion, bande tympanique, verticale, à la partie antéro-inférieure. Quand la tumeur est descendue, la loge rénale est vide. — Au toucher vaginal, rien d'anormal; annexes indemnes. Les mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquent pas à l'utérus. — La partie gauche de l'abdomen est normale. Rien ni au foie ni à la rate, ni aux organes thoraciques. — Urines: 1 000 à 1 300 grammes par 24 heures, claires, sans dépôts, ni pus, ni albumine. — *Opération*, le 4 mars (par Leonte). Incision transpéritonéale de 15 centimètres, le

1. Nous avons beaucoup de mal à comprendre cette observation, dont la rédaction laisse à désirer.

long du bord externe du grand droit. Le côlon ascendant et l'angle qu'il forme avec le transverse adhèrent très intimement à la tumeur. On sépare ces adhérences, laissant du côté de l'intestin, par sécurité, la partie superficielle de la capsule. La tumeur extériorisée, on constate que son extrémité inférieure est kystique, et que sa partie supérieure, solide, est constituée d'une portion saine du rein. Par ponction, on évacue 200 centimètres cubes d'un liquide eau de roche; la membrane-mère vient avec le liquide. — On veut conserver la partie saine du rein, mais au cours des libérations de la tumeur d'avec le côlon, l'uretère a été sectionné en deux endroits. L'uretère à partir de son origine, sur une longueur de 8 centimètres, était englobé au niveau des adhérences dans la paroi capsulaire de la tumeur. La partie inférieure de l'uretère était perméable; on en fit le cathétérisme. — Néphrectomie. — Suture du péritoine. Pas de drain. — Autre rein normal. — *Suites*. Le 12 mars, on enleva les fils. Petite collection sanguino-purulente sous les téguments. — Les urines varient entre 400 et 1 000 centimètres cubes par 24 heures. La température atteignit son maximum le 6 et le 8, soit 38°,6.

Obs. 14. — **Albert Sarrazin.** — *Ein Fall von Echinococcus der rechten Niere und seine Heilung durch Nephrectomie.* — Sarrazin, Inaug. Diss. Göttingen 1904, p. 10-13[1].

F. 22 ans, entrée le 18 janvier 1904 à l'hopital Saint-Bernard de Hildesheim, se plaignant de douleurs d'estomac et d'une augmentation de volume du foie. Jamais ni coliques, ni ictère, ni vomissements. La malade a pu travailler sans aucune difficulté jusqu'à il y a 14 jours, date à laquelle le foie a commencé à augmenter de volume. — *Examen*. Jeune fille de taille moyenne, assez bien développée, pâle. Rien aux organes thoraciques. Dans la région hépatique, tumeur très dure, se déplaçant avec le lobe droit du foie, peu sensible à la pression. En palpant de haut en bas, on peut sur une faible étendue délimiter la tumeur d'avec le rebord hépatique. A part cela l'abdomen ne présente aucune particularité. Urine normale comme quantité; ni sucre, ni albumine. — *Diagnostic*. On pensa à un k. hydatique du foie, à un sarcome du rein, et en dernier lieu aussi à un k. hydatique du rein.

Intervention le 27 janvier 1904, dans le but d'éclairer le diagnostic et pour enlever la tumeur. A droite, laparotomie de 14 centimètres sur le bord externe du grand droit. Tumeur du volume d'une tête d'enfant, très dure, paraissant provenir du rein droit. D'intimes adhérences unissent la tumeur d'un côté au lobe droit du foie, et de l'autre au côlon ascendant : aussi tout d'abord avait-on pensé à tort que la tumeur dépendait du foie. — Cette incision étant insuffisante pour mobiliser cette tumeur, on dut en faire une seconde, horizontale, longue de 6 centimètres et partant du milieu de l'incision verticale. Une ponction exploratrice fut tentée en vain à cause de la dureté de la tumeur. Mais une ponction pratiquée au pôle *supérieur* du rein transformé en k. à ce niveau, donna

1. Nous avons pu consulter le texte original de cette observation, grâce à l'extrême obligeance du Professeur Braun, de Göttingen, qui nous en a donné communication.

un liquide clair et transparent, dont on ne fit point d'examen microscopique. On libéra peu à peu la tumeur d'avec le foie et le côlon; au cours de ces manœuvres, hémorragies tellement fortes, qu'on dut pratiquer de 60 à 80 ligatures; l'intestin ne fut aucunement lésé. La tumeur dépendait du pôle inférieur du rein droit; le parenchyme rénal était détruit en majeure partie. Aussi on enleva ce rein, quand on eut reconnu que celui du côté opposé était normal et à sa place. Fermeture de la plaie abdominale, sauf en deux endroits pour laisser passer de gros drains.

Suites. État satisfaisant dès les premiers jours; temp. maxima 39°, le lendemain de l'opération; pouls fort, à 122. Le 2e jour la malade urine spontanément 1 525 grammes, 1 650 le 3e; les jours suivants, la quantité d'urine émise varia entre 1 000 et 1 650 grammes. La température descendit lentement et ne retomba à la normale qu'au bout de plusieurs semaines. — Au 5e jour, fistule stercorale qui durant plusieurs semaines déprima fortement le moral de la malade. A part cela son état était relativement bon. La fistule traitée chirurgicalement se ferma au début d'avril. Ensuite état florissant de la malade, cessation de l'écoulement purulent, et transformation de la plaie en une cicatrice relativement ferme. — Actuellement l'état de la malade est excellent, elle ne se plaint de rien, augmente continuellement de poids et travaille; mais elle porte une ceinture pour travailler. — *Examen de la pièce.* Le rein et la tumeur après évacuation du liquide pèsent 675 grammes. D'un pôle à l'autre 17 centimètres; circonférence 34 centimètres 1/2. On trouve encore un peu de parenchyme au pôle supérieur, à peine du volume d'une noix; mais le pôle inférieur et le bassinet sont complètement remplacés par le k. — Une incision pratiquée sur le bord convexe à la hauteur du hile laisse échapper une faible quantité de liquide clair et transparent; on trouve alors une cavité multiloculaire, remplie d'une substance gélatineuse et d'un grand nombre de vésicules-filles; le liquide de ces vésicules renferme une notable quantité de scolex pourvus d'une double couronne de crochets, un grand nombre de crochets isolés et des cristaux de cholestérine. — La partie de la paroi du k. qui adhère au côlon est épaisse de 6 millimètres, et transformée en un noyau dur et calcaire; « séparée du côlon elle ressemble à un crâne d'enfant ». — *Examen microscopique du parenchyme rénal.* On distingue parfaitement la substance corticale et la substance médullaire. La capsule fibreuse n'est pas épaissie; l'épithélium des tubes contournés est nettement visible; pas de prolifération du stroma. Les glomérules ne présentent aucune espèce de transformation, les canaux droits ne sont point élargis, et leur épithélium est normal. En conséquence ce petit reste de parenchyme rénal peut être considéré comme capable de fonctionner encore.

3° On ne sait si la laparotomie fut médiane ou latérale.

Obs. 15. — *Quistes hidatidicos multiples del rinon izquierdo*, in **H. Vegas et D. Cranwell**, loc. cit., obs. 752, p. 414.

F. 12 ans, Argentine de Buenos-Ayres. Entre le 13 janvier 1900. — Elle ressent depuis deux ans des douleurs dans le flanc gauche; ces douleurs

se propageaient vers la fosse iliaque, et s'accompagnaient de fièvre et de vomissements. — *État actuel* : état général satisfaisant, température 38°, vomissements fréquents, légère augmentation de volume du flanc gauche. — A la palpation, on perçoit en cette région une tumeur dure et arrondie, dont on ne sent nettement que la partie inférieure ; la partie supérieure remonte sous les fausses côtes. Elle est immobile, mate, et sa matité se continue avec celle de la rate. — *Intervention.* Néphrectomie transpéritonéale. Guérison. — *Examen de la pièce.* Rein du volume d'un œuf d'autruche ; sa surface est inégale et bosselée ; à la capsule adhèrent de nombreuses brides fibreuses résistantes. En le sectionnant, on trouve dans la couche corticale 14 petits k. ; les calices et le bassinet sont libres (Hôpital des cliniques, 1899).

B. — AVEC MORT

1° Par laparotomie médiane.

Obs. 16. — **Hinckeldeyn.** — [*K. hydat. du rein gauche. Néphrectomie transpéritonéale. Mort*]. — Madelung, loc. cit. p. 135. — (In Boeckel, loc. cit. obs. 13, p. 76. — In *P. Wagner*, loc. cit., Zuelzer's Blatt 1894, p. 141. — In Braillon, th. Paris, 1894, obs. III, 61. — In Wüthrich, Inaug. Diss. Zurich 1894, obs. 70, p. 82. — In *Roscher*, Inaug. Diss. Freiburg 1898, obs. 17, p. 33. — In Alexinsky, loc. cit. p. 275. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe, 1904, obs. 5, p. 860) [1].

F. 42 ans. — D'une famille bien portante ; a eu la rougeole dans son enfance, une fièvre typhoïde grave à 18 ans. Elle se porte bien, mais ses époques sont très irrégulières. A eu 9 enfants, vivants et bien portants ; le dernier accouchement date de juin 1877. — Depuis cette époque, elle éprouva dans l'abdomen une sensation obscure de pesanteur, et des douleurs lors des efforts. Ces douleurs, d'abord vagues et sans siège bien précis, se localisèrent plus tard dans la partie gauche du ventre, avec irradiations dans le dos. — En novembre 1878, la malade remarqua pour la première fois, sous le rebord costal gauche, une tumeur proéminente, dure, du volume d'une grosse noix, très douloureuse lors des inspirations profondes. La malade resta trois mois au lit, mais la tumeur augmenta de volume et devint douloureuse. En même temps elle perdit l'appétit, maigrit beaucoup ; douleurs atroces jour et nuit. Elle entre à la maison de santé de Lubeck.

Examen, le 23 novembre 1879. — Malade anémiée ; elle paraît souffrir. — Parois abdominales flasques, vergetures nombreuses. Sous le rebord costal gauche proémine une tumeur arrondie, nettement délimitée. La palpation, faite sous chloroforme à cause des douleurs, permet de déterminer une tumeur, grosse comme une tête d'enfant, non adhérente à la paroi, très dure, à surface lisse ; en bas et sur les côtes elle se laisse aisément circonscrire ; on peut la suivre à une certaine distance sous le

1. Nous avons pu consulter le texte original de cette observation, grâce à un prêt de la Bibliothèque de l'Université de Strasbourg.

rebord costal. Pendant l'inspiration, elle se déplace manifestement en bas. En la refoulant d'avant en arrière, par pression, on la perçoit facilement au-dessus de la crête iliaque. — Elle est complètement mate; cette matité se continue avec celle de la rate, et dans la ligne axillaire atteint le bord inférieur de la 10e côte. — L'auscultation de la tumeur ne donne rien; pas de ponction exploratrice. L'examen complet de l'appareil génital ne révèle rien. Appareils circulatoire et respiratoire normaux. — Urines jaunes claires, légèrement troubles, acides, riches en albumine; poids spécifique 1 020; rien au microscope; durant 11 jours, la quantité moyenne fut de 909 centimètres cubes. — Poids 42 kgr. 5.

Malgré le désir de la malade, on préfère remettre l'opération. La malade quitte l'hôpital le 19 décembre. Elle revient le 22 janvier 1880; l'état est le même, mais la tumeur descend un pouce et demi plus bas et s'est rapprochée de la ligne médiane. On diagnostique un carcinome du rein, ou peut-être de la rate, du péritoine, de l'épiploon, du pancréas ou de l'intestin. — *Opération* le 27 janvier 1880. — Laparotomie médiane, allant de la symphyse à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. Incision du péritoine. Libération de la tumeur, aisée en avant, très difficile dans la profondeur. Après avoir sectionné et lié plusieurs vaisseaux, on vit qu'il s'agissait d'un rein gauche dégénéré. On isole le pédicule, et on tente de le lier. Pendant les efforts de traction, il se produisit subitement une énorme hémorragie. Avec beaucoup de difficultés on s'en rendit maître et finalement la tumeur fut extirpée. Le pédicule fut lié une seconde fois au catgut. Toilette du péritoine, suture de la paroi. — Durée de l'opération, plus de deux heures.

Suites. — La malade, à cause de son mauvais état général, et vu l'importance de l'hémorragie, mourut trois heures plus tard en état de shock. — *Autopsie.* L'artère rénale avait été liée à son émergence de l'aorte; il n'y avait pas eu d'hémorragie consécutive à la ligature. Tous les organes étaient considérablement anémiés, mais normaux. — Le diagnostic anatomique de la tumeur, fait par le professeur Neelsen de Rostock, fut le suivant : k. hydat. du rein gauche, développé dans la substance médullaire, du volume d'une tête d'enfant, renfermant de nombreuses vésicules-filles du volume d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule. Frémissement hydatique net. Compression du bassinet : atrophie considérable du parenchyme. Légère hypertrophie du rein opposé (droit), du reste normal. Plaque athéromateuse sur l'aorte, à la naissance de l'artère rénale gauche; à ce niveau, déchirure de cette artère et hémorragie sous l'adventice de l'aorte.

L'auteur insiste sur la présence de l'albuminurie et des douleurs qui étaient si intenses, symptômes rares, dit-il. L'opération aurait réussi, continue-t-il, n'eût été cette dégénérescence athéromateuse à la naissance de l'artère rénale.

Obs. 17. — **Thiersch, Vogt et Wagner.** — *K. hydat. du rein droit Néphrectomie transpéritonéale. Mort*[1]. — Paul Wagner, loc. cit. in Deustche Zeitschr. f. Chir. 1886, t. XXIV, p. 549. — (In Boeckel, loc. cit. obs. 20, p. 88. — In *P. Wagner*, loc. cit. Zuelzer's Blatt 1894, p. 140. — In *Braillon*, th. Paris 1894, obs. III, 72. — In Wüthrich, Inaug. Diss. Zurich 1894, obs. 4, p. 20. — In *Tabar*, th. Lyon 1901, obs. 5. p. 44.

— In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe, 1904, obs. 15, p. 862).

F. 51 ans, entrée le 7 juillet 1886, morte le 16. — Antécédents : pneumonie, fièvre typhoïde, 8 accouchements ; lors de l'avant-dernier, on dut pratiquer une version et mutiler le fœtus ; le dernier il y a 7 ans 1/2. — La malade constate depuis un an une augmentation de volume du ventre, et la présence d'une tumeur mobile à droite. A Pâques 1885, chute sur le côté droit : depuis la tumeur aurait augmenté en grosseur et en étendue. Dans ces derniers temps, douleurs très vives et plus fréquentes, qui la décident à entrer à la clinique. — *Examen.* — Femme petite, assez robuste, téguments de coloration un peu jaune ; ventre augmenté de volume, surtout à droite ; de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, 14 centimètres, — de l'ombilic à la symphyse, 17 centimètres, — de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 19 centimètres ; à celle de gauche, 17 centimètres. — Circonférence au niveau de l'ombilic, 82 centimètres. — Parois abdominales, souples, dépressibles, nombreuses vergetures, veines dilatées. — A la palpation, on trouve une tumeur du volume d'une tête d'enfant environ, lisse et mobile, se déplaçant quand le malade change de position, et pouvant alors atteindre presque la ligne médiane. Le côlon transverse passe obliquement sur la tumeur ; ceci était surtout manifeste, quand il était fortement distendu. — A la percussion, tympanisme de tout l'abdomen, mais matité au niveau de la tumeur, au-dessous du rebord costal. Dans la région lombaire droite, ni matité, ni augmentation de résistance. — Au toucher vaginal, utérus de volume normal, un peu en rétroflexion ; l'ovaire gauche est manifestement perceptible ; on ne peut trouver le droit, mais à sa place on sent des brides qui paraissent en connexion avec la tumeur.

Cette dernière se laisse facilement abaisser, et peut être perçue par le doigt introduit dans le cul-de-sac latéral droit. Cavité utérine de dimensions normales. — Urines normales, ni hématurie, ni albuminurie.

Opération, 14 juillet 1886. Laparotomie médiane : incision partant un peu au-dessus de l'ombilic, et atteignant presque la symphyse. L'exploration, la main plongeant dans l'abdomen, montre que la tumeur est rétro-péritonéale, située en arrière du côlon, et beaucoup plus fixe que l'examen clinique ne le faisait supposer. — Deuxième incision perpendiculaire à la première ; on écarte l'intestin ; on reconnaît le siège rénal de la tumeur. Incision du feuillet péritonéal qui recouvre la tumeur ; on l'en détache en le libérant avec les doigts, en faisant des ligatures en masse suivies de section. — Au début, perte de sang insignifiante ; mais au cours de l'opération, dans la profondeur, blessure d'une petite veine, près de son point d'abouchement dans la veine cave ; hémorragie d'une certaine importance ; on éprouve de la difficulté à saisir et à lier le vaisseau qui donne. — Dissection de l'uretère ; on le lie en son milieu. Lors de la ligature du pédicule vasculaire, légère hémorragie qu'on arrête de suite. — On enlève complètement la tumeur. Toilette soignée du péritoine ; suture de la paroi ; pansement antiseptique.

Suites. — Le soir 36°,6 ; pouls 80. — Le 15 au matin, temps 37°,7, pouls 82. — La malade a un peu dormi, elle se trouve bien, ni vomissements, ni éructations ; ventre souple, ni saillant, ni douloureux.

Urines normales, mictions spontanées. Le soir 37°,8, la malade se sent moins bien, ventre légèrement saillant, sensible spontanément et à la pression ; vomissements bilieux. Le 16 juillet, 38°,2 le matin ; pouls très fréquent et petit ; respiration 30 ; la malade a beaucoup vomi durant la nuit ; elle souffre du ventre. Pansement, la plaie est en bon état ; ventre douloureux et ballonné. Mort dans l'après-midi dans le collapsus.

Autopsie. — Pas trace de péritonite. Estomac très distendu par les gaz, mais ne présentant aucune altération ; les anses grêles sont agglutinées, lisses et polies. A la place du rein droit, un peu de sang coagulé, rouge-noir ; aux alentours, traces ni d'inflammation, ni d'hémorragie. A la partie latérale de la cave inférieure, à 3/4 de centimètre au-dessous de l'abouchement de la veine rénale droite, une ligature bien placée ; pas de trace de thrombose. Le rein gauche congestionné et dur, est normal ainsi que le tissu adipeux qui l'entoure. Foie normal, pas de k. hydat. ; non plus dans les autres organes. Cœur, dilatation des deux ventricules, atrophie du myocarde.

Examen de la pièce. — A la partie inférieure du rein, k. manifestement fluctuant, du volume d'une tête d'enfant environ ; incisé, il s'en écoule un liquide clair comme de l'eau, une hydatide grosse comme une petite pomme, et une grande quantité d'autres toutes petites. Le k. est développé aux dépens de la substance corticale, qui à ce niveau présente un enfoncement de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2. L'épaisseur de la paroi du k. varie suivant les endroits de 1 millimètre 1/2 à 6 millimètres. Le reste du rein semble absolument normal ; il a 11 centimètres de long sur 6 de large. — *Examen microscopique.* Rien de particulier dans la paroi du k. : en certains points des amas de noyaux ; de-ci de-là, quelques petits foyers hémorragiques. Au point d'implantation du k. sur le rein, ce qui avait été considéré comme la paroi du k. était constitué en très grande partie de substance rénale. En cet endroit le parenchyme était très comprimé, mais peu atrophié ; glomérules normaux. Pas de limite nette entre le parenchyme et la paroi du kyste ; le tissu conjonctif intercanaliculaire se continuait directement dans le tissu conjonctif de la paroi du kyste.

Obs. 18. — **Zérenin.** — *K. hydat. du rein droit. Néphrectomie transpéritonéale. Mort.* — Annales de la Soc. de Chir. de Moscou 1897, n° 2. — In Alexinsky, loc. cit. p. 277-278 [1].

F. 19 ans. — Il y a 3 ans, on constata au-dessous du rebord costal droit la présence d'une tumeur, qui augmenta peu à peu de volume. Cette tumeur fut le siège de douleurs périodiques. — *Examen.* L'état général et le développement physique de la malade étaient moyens. Les organes internes ne présentent rien de particulier. Femme maigre ; au-dessous du rebord costal droit, tumeur saillante, hémisphérique, large de trois travers de doigt. Dans les fortes inspirations, cette tumeur sortait de dessous les côtes, et atteignait alors le volume d'une tête d'enfant. Il était facile avec la main de la déplacer en haut, en bas et latéralement, mais on ne pouvait arriver à la mobiliser en arrière. La

1. Nous donnons la traduction du texte d'Alexinsky.

tumeur était donc mobile; on pouvait l'amener en bas jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, en dedans jusqu'à la ligne médiane, et la déplacer un peu en dehors. Quand on l'abaissait, on pouvait percevoir entre elle et le foie une sorte de cordon tendu. — Au palper elle n'était pour ainsi dire pas douloureuse; de consistance élastique et vaguement fluctuante. — Urines acides, 900 grammes par jour, poids spécifique 1 014, ni sucre, ni albumine; le résidu obtenu par centrifugation était normal. — Durant les 25 jours que la malade fut tenue en observation avant d'être opérée, la température à deux reprises s'éleva jusqu'à 38°; ces élévations de température coïncidèrent avec une tension plus considérable de la tumeur, qui était en même temps le siège de douleurs. — *Diagnostic.* K. hydat. du foie ou du rein, ou hydronéphrose.

Intervention. Laparotomie médiane sus-ombilicale, longue de 10 centimètres; le péritoine est réuni à la plaie musculaire à l'aide de sutures temporaires. A l'examen de la cavité abdominale on vit que la tumeur ne dépendait point du foie, mais provenait de l'espace rétropéritonéal. On fit alors à droite une deuxième incision transversale, longue de 9 centimètres, partant un peu au-dessous du milieu de l'incision verticale. On s'aperçut ensuite que la tumeur venait du rein droit. En dedans de la tumeur existait une portion intacte de tissu rénal. La tumeur donnait l'impression d'une hydro- ou d'une pyonéphrose : aussi se met-on en devoir d'enlever le rein. Incision verticale du péritoine sur le rein. A l'aide du doigt on libère la tumeur, d'abord en dedans, où on plaça de suite des ligatures sur le pédicule; ensuite l'énucléation fut continuée sur tout le reste de la surface du rein; adhérences très solides au niveau de la partie postérieure et de la partie supérieure de la tumeur. Le péritoine distendu par la tumeur fut réséqué aux ciseaux; puis surjet en bourse, au catgut, de la portion restante du péritoine, pour éviter des adhérences ultérieures des anses voisines de l'intestin grêle. La malade s'éveilla plusieurs fois au cours de l'opération, ce qui amena la sortie d'anses intestinales hors de la plaie. — Fermeture de l'abdomen sans drainage.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée était irrégulièrement sphérique, nettement fluctuante; elle était longue de 16 centimètres, large de 11, et épaisse de 10. Ce qui restait du rein était soudé à la partie interne de la tumeur sous forme d'une annexe aplatie. L'incision de la tumeur donna issue à un liquide jaune paille, à une vésicule-mère ainsi qu'à deux vésicules-filles; on trouva dans le contenu du k. des scolex et une quantité de crochets. — *Suites.* Le lendemain vomissements répétés; urines, 200 grammes. Ensuite la température s'éleva jusqu'à 39°,5; violentes douleurs abdominales, ballonnement du ventre, nausées, vomissements, suppression des gaz malgré de grands lavements. Puis la quantité d'urine atteignit 700, 750 grammes. Au 6e jour, état très grave; le soir la malade va à la garde-robe sous l'effet du calomel et d'un lavement. Néanmoins le jour suivant le ventre se ballonne de plus en plus, et devient très douloureux, en particulier du côté opéré; la température tombe à 37°; pouls à peine perceptible, 120 à la minute, et perceptible seulement au bras g. État très critique à la fin de la journée, dyspnée. Pansement, très forte tension des tissus au niveau de la plaie; il s'écoule du pus lors de l'ablation d'un fil; on ouvre la plaie au niveau de sa

partie externe, il s'écoule environ un tiers de verre d'un pus épais et blanchâtre. Drainage, amélioration, mais persistance de douleurs abdominales. — Au cours des 10 jours suivants l'état de la malade s'améliore peu à peu ; mais la plaie suppure beaucoup ; parfois vomissements et diarrhée. Au 10e jour on retira de la plaie un morceau de gaze oubliée dans le ventre ; amélioration. Mais deux jours plus tard, au niveau de la plaie, forte hémorragie, qui se reproduisit à plusieurs reprises durant une semaine, affaiblissant beaucoup la malade. Puis, inflammation du lobe inférieur du poumon droit, toux, diarrhée, vomissements, abcès au pourtour de la plaie, et au-dessous de l'omoplate g. La malade s'affaiblit et meurt trois mois après l'opération.

Autopsie. Pleurésie fibrineuse purulente double. Pneumonie catarrhale double, œdème du poumon, anémie du cœur. Péritonite chronique adhésive. Phlegmon péritonéal, septicémie.

2° Par laparotomie latérale.

Obs. 19. — **Houzel.** — *K. hydat. du rein pris pour une tumeur solide. Néphrectomie transpéritonéale ; rein unique. Mort par urémie le 5e jour.* — Gaz. Méd. de Strasbourg 1892, p. 43-44. — In *Braillon*, th. Paris 1894, obs. III, 77. — In. Bull. et Mém. Soc. Chir. 1897, p. 422. — In H., loc. cit. Rev. de Chir. 1898, p. 692. — In *Centralbl. f. Chir.* 1898, p. 727. — In Ann. des Mal. des org. génit. urin. 1899. p. 597. — (In *Roscher*, Inaug. Diss. Freiburg 1898, obs. 92, p. 100. — In *Alexinsky*, loc. cit. p. 277. — In Tabar, th. Lyon 1901, obs. 8, p. 146) [1].

F. 26 ans. Aucun antécédent pathologique ; accouchement en 1886. Il y a 3 ans, apparition d'une petite grosseur dans le flanc, à gauche de l'ombilic ; n'en souffrant que modérément, la malade n'y porte d'abord que peu d'attention. Mais augmentation progressive du volume de cette tumeur, douleurs plus vives qui prennent bientôt une telle intensité, que la malade ne peut plus depuis quatre mois se livrer à aucun travail. — *Examen*. État général assez bon, figure un peu tirée, appétit régulier, garde-robes rares. Jamais rien ni du côté des urines, ni du côté de l'appareil génital. Dans le décubitus les douleurs sont minimes, bien que revenant par accès et quoique la respiration soit toujours gênée. Dans la station debout et les tentatives de marche, douleurs vives dans tout le flanc gauche et particulièrement au voisinage de l'ombilic. Depuis quatre mois la malade est condamnée à l'immobilité. — Ventre développé surtout à gauche et en haut ; circonférence 102 centimètres. Tumeur dure, de consistance très solide, occupant tout le flanc gauche, descendant jusqu'à la fosse iliaque et débordant la ligne médiane de deux travers de doigt ; lisses, sans apparence de fluctuation, ayant plutôt la consistance d'un fibrome. En arrière on la retrouve sous les muscles lombaires ; on peut la mouvoir un peu latéralement, mais non

1. Rédigé d'après la Gaz. Médic. de Strasbourg (*texte original de cette obs.*) ; dans la Rev. de Chir. et dans les Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. cette observation est déjà résumée.

sans douleurs. Mate dans toute son étendue, sauf en avant où elle est coupée en écharpe par une ligne de submatité, large d'environ quatre centimètres. Le ventre très tendu ne se laisse point déprimer. — Dans l'urine ni sucre, ni albumine. — *Diagnostic*. Tumeur solide du rein.

Intervention le 30 avril 1891. Incision sur le bord externe du grand droit. Après ouverture du péritoine, on tombe sur le côlon aplati qui coiffe la tumeur, et passe au-devant d'elle de dedans en dehors et de haut en bas. Une bonne partie de la tumeur, débordant l'incision en dedans d'au moins 5 centimètres, et s'appliquant avec force contre les bords de la plaie, empêche de voir l'intestin grêle. On repère les lèvres du péritoine pariétal, on incise le péritoine viscéral en dehors du côlon récliné en dedans, on réunit de chaque côté à l'aide de pinces les feuillets antérieur et postérieur du péritoine, de façon à isoler la cavité péritonéale du champ opératoire. — On essaye de libérer la tumeur avec les doigts, mais elle est intimement soudée au feuillet postérieur du péritoine, et c'est péniblement qu'on en dénude une petite partie : de plus la tumeur faisait effort contre la paroi abdominale, au point de serrer les doigts interposés, et ceci augmentait les difficultés. — Ayant reconnu que la tumeur présentait une fluctuation obscure, on la ponctionne avec l'appareil de Potain : issue de 2 litres de liquide eau de roche manifestement hydat. On ferme la petite ouverture à l'aide d'une pince triangulaire, la tumeur est grosse comme une tête d'adulte, elle contient encore du liquide. — On a l'idée de l'ouvrir largement, de la vider, d'en réséquer la plus grande partie, et de la marsupialiser; mais on sentait des parties si épaisses et si dures qu'on résolut de nouveau l'extirpation totale, si elle était possible. — La tumeur réclinée en dehors, on en dissèque la face interne avec les doigts ; on lie successivement 2 petits pédicules artériels, le premier grêle, le second plus volumineux venant du côté gauche de l'aorte (ainsi qu'on le constata ultérieurement) ; on attaque ensuite la tumeur en haut sous les côtes ; elle adhère intimement au péritoine, qu'on déchire même sur une longueur de 2 à 3 centimètres ; la rate apparaît dans cette ouverture qu'on ferme de suite au catgut.

La tumeur est laborieusement libérée de toute part; la main en plongeant dans le bassin sent que sa partie profonde est constituée par le rein semblant hypertrophié, allongé, descendant jusqu'à la fosse iliaque, tout en restant latéral et placé en dehors de l'aorte sur le côté gauche du rachis. — On fait basculer la tumeur en dehors, on s'apprête à séparer le rein de ses attaches postérieures qui sont assez intimes, l'atmosphère adipeuse n'existant même pas à l'état de vestige ; mais en le soulevant on voit apparaître 2 uretères, le supérieur s'abouchant à la partie du rein faisant corps avec la tumeur, le second à environ 3 travers de doigt plus bas, pénétrant dans la partie du rein qui est libre. — On serre le rein avec une ligature élastique au ras de la tumeur et on coupe au-dessus. Section également de l'uretère supérieur entre 2 ligatures. On remet en place le rein, assez volumineux pour suffire à la sécrétion urinaire, mais privé de ses connexions vasculaires. — Nettoyage soigné de la place occupée par la tumeur, tamponnement iodoformé, de chaque côté surjet au catgut entre les feuillets postérieur et antérieur du péritoine. Suture de la paroi, sauf en bas où passent les mèches. Durée 2 heures.

Suite. A la suite de l'opération, on retire 30 grammes d'urine. Réveil

calme, sans nausées, ni douleurs. A 6 heures du soir, 14 grammes d'urine trouble et sanguinolente; 38°,7, pouls 104. — Nuit du 30 au 1er, bonne; au matin, vomissements qui ne firent qu'augmenter jusqu'à la fin : 38°,5, pouls 108. Dans la journée, la sonde ne ramène que 20 grammes d'urine sanglante. — Le 2, 38°,3 et pouls 108; les vomissements ont augmenté. Pansement; l'ouate exhale une faible odeur d'urine; ventre souple, indolore. La plaie reprend par première intention. — Le 3, vomissements incessants; 38°, pouls 104; faible odeur urineuse du pansement, la sonde ne ramène que quelques gouttes de sang. — Du 3 au 4, nuit détestable; somnolence dont la malade n'est tirée que par les efforts de vomissement. Depuis la veille au soir, subdélire; à midi elle tombe dans le coma, et meurt 4 heures après. — Jamais la moindre apparence de péritonite.

Examen de la pièce. La tumeur enlevée remplissait les 2/3 d'une cuvette; largement incisée, elle laissa échapper une énorme hydatide stérile, contenant encore 1 litre de liquide, mais pas de vésicules-filles. — Parois très épaisses : en avant 1 centimètre, en arrière et sur les côtés jusqu'à 3 centimètres; dures et résistantes, à la coupe d'aspect nacré et fibreux; faisant corps en arrière avec la partie du rein enlevé. Cette partie était aplatie, dure, comme condensée, parcheminée, et était méconnaissable à la coupe.

Obs. 20. — Irving S. Haynes. — *Hydatidcysts of the kidney.* — Soc. de Chir. de N. Y., 23 avril 1902. — In Annals of Surgery 1902, t. XXXVI, p. 95. — (In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 103, p. 886).

H. Italien, 32 ans; entre le 26 décembre 1901 au Harlem Hospital pour se faire opérer d'une hernie inguinale double. Il ne parlait pas anglais : température 99°,8 F., pouls 48, respiration 22. — Le lendemain à cinq heures du soir, poussée fébrile sans frissons, température 102°,4, pouls 88, respiration 28. — Le malade montre qu'il souffre du ventre. — Urines normales. Douleurs et défense musculaire dans la fosse iliaque droite. Applications locales de glace, calomel à petites doses. — A 9 heures du soir, la fièvre tombe pour reparaître le lendemain matin. Purgatif. — Respiration prolongée, matité, quelques râles et diminution des vibrations à la base du poumon droit. Aggravation des signes abdominaux, défense de la paroi à droite et vives douleurs dans la région appendiculaire. — *Diagnostic.* Pneumonie droite du lobe inférieur et appendicite aiguë. — Les signes d'appendicite existaient au complet, et comme ils s'aggravaient d'heure en heure, on décida d'intervenir. — *Opération* le 30 décembre. L'appendice enfoui dans des adhérences n'est découvert qu'avec peine; il y avait de vieilles adhérences qui intéressaient le côlon, les anses grêles et la paroi. Au cours de la recherche de l'appendice, on perçut une masse dure à la partie supérieure du champ opératoire; on crut à un gros calcul rénal. On prolongea alors l'incision en haut, et on tâcha d'isoler le rein. Une petite solution de continuité, faite accidentellement à la tumeur, laissa échapper un liquide clair ainsi que de petits corps sphériques et blanchâtres. — On se décida alors à pratiquer la néphrectomie après ligature des

organes du pédicule; ces derniers étaient du reste tellement atrophiés qu'on aurait pu se dispenser de les lier.

Suites. Le lendemain un peu d'albumine. Fièvre : la température resta élevée les jours suivants (minima 99°,8, immédiatement après l'opération; 100°,4 le soir; maxima 104° le 3 janvier). Mort le 7 janvier 1902. — Opposition à l'autopsie. — *Examen de la pièce*. Le foie était normal. La tumeur présentait les dimensions suivantes : 6, 4 et 4 centimètres 1/2. La paroi fibreuse, lamellaire, recouverte par places d'une mince couche de parenchyme granuleux, était *épaisse de 1 à 2 centimètres*; par endroits elle était calcifiée. — La tumeur était constituée à l'intérieur, d'une grande et de deux petites cavités communiquant ensemble, et remplies d'une vingtaine de petits kystes, transparents, de diverses grandeurs et dans lesquels on trouva des crochets, des scolex et de la cholestérine. Au microscope, on ne trouva pas trace de tissu rénal; la paroi du k. était constituée de tissu fibreux, serré et infiltré de leucocytes.

Obs. 21. — **Paton.** — *A case of hydatid of the kidney.* — Lancet 1905, t. I, p. 159.

H. âgé de 50 ans, reçu au Newport and Monmouthshire Hospital le 6 juin 1904, se plaignant d'être depuis 18 mois faible et « hors d'état », et se plaignant également d'une difficulté croissante pour aller à la garde-robe d'une façon satisfaisante. Il attribuait ces troubles à la présence d'une tumeur qui siégeait dans le côté. — La présence de cette tumeur avait été remarquée pour la première fois, il y a 7 ou 8 ans, au-dessous du rebord costal droit. Elle augmenta progressivement de volume, ne s'accompagnant d'aucune douleur, et ne provoquant que les symptômes indiqués plus haut. — Au cours de ces 2 ou 3 dernières années, le malade eut la jaunisse, environ tous les 2 mois; mais jamais de coliques hépatiques, ni rien d'anormal dans les urines. Il n'avait jamais fait de grands voyages[1] et ne présentait aucun symptôme de « maladie spécifique ». — *Examen*. Abdomen un peu augmenté de volume dans son ensemble, parois très grasses; le côté dr. est plus proéminent que le gauche. On pouvait percevoir au palper une grosse masse, qui venait de dessous les côtes, et qui s'étendait à un pouce environ de l'ombilic, et à un pouce et demi au-dessus du « plan intertuberculaire[2] ». Mais en aucun point elle n'atteignait exactement la ligne médiane. Elle donnait au toucher l'impression d'un k.; en son centre se trouvait une saillie plus proéminente et franchement fluctuante. La tumeur suivait les mouvements respiratoires; on pouvait glisser les doigts entre la tumeur et le rebord costal, mais il était impossible d'en percevoir la limite supérieure. En plaçant une main en avant et l'autre en arrière, on pouvait aisément la mobiliser. A la percussion légère, matité absolue; mais à la percussion forte, on pouvait obtenir le son intestinal, sauf au centre de la tumeur. Pas de thrill à la percussion. Bande de sonorité entre la matité de la tumeur et celle du foie, mais on ne put trouver de bande

1. Dans des considérations, P. insiste sur ce fait que ce malade n'avait jamais quitté l'Angleterre, ni le pays de Galles.

2. Ceci veut peut-être désigner le plan mené par les deux épines iliaques antéro-supérieures.

intestinale passant au-devant de la tumeur. — Rien d'anormal dans les urines.

Opération le 10 juin. Incision sur la partie la plus saillante de la tumeur; à l'ouverture de la cavité abdominale, on constata qu'il s'agissait d'un rein très augmenté de volume. On décida alors de l'enlever par voie antérieure; incision du feuillet péritonéal postérieur. Comme la tumeur était fluctuante, dans l'espoir d'en diminuer le volume, on recourut à l'aspiration, mais il ne vint pas de liquide; l'aiguille retirée fut trouvée remplie d'une substance colloïde, et il sortit de petites hydatides quand on saisit la tumeur. La plaie fut alors protégée avec des éponges, et on fit sortir la totalité de la membrane-mère à l'aide d'irrigations. — Comme le k. adhérait beaucoup en arrière, on fit une petite incision à l'angle supérieur de la première incision; un aide maintint ensemble les feuillets antérieur et postérieur du péritoine, afin d'empêcher l'infection de la cavité péritonéale. On tenta de séparer le k. du rein; mais on ne put y réussir, et on enleva le rein dans sa totalité après avoir libéré toutes les adhérences et sectionné les vaisseaux ainsi que l'uretère. Alors on sutura ensemble les deux feuillets péritonéaux et on ferma la cavité de la séreuse. On lava bien la plaie à l'acide borique, on laissa la grande cavité bourrée de gaze et on ferma la paroi abdominale. — *Suites.* Le malade était dans le collapsus quand on le rapporta dans son lit; on lui fit une injection de deux pintes et demie d'une solution saline. Le 11 juin, sous anesthésie au chlorure d'éthyle, on retira la gaze et on introduisit un drain de caoutchouc. Le malade se sentait alors très bien et ne souffrait point. Le 12, il commença à présenter des signes de collapsus dans l'après-midi, et il mourut le soir, malgré tous les stimulants dont on fit usage [1].

3° On ne sait si la laparotomie fut latérale ou médiane.

Obs. 22. — **Otto Hildebrand.** — [***K. hydat. du rein gauche. Néphrectomie. Mort***]. — Hild., loc. cit. in Deuts. Zeitschr. f. Chir. 1895, t. XL, p. 102. — (In *Presse Méd.* 1895, p. 268. — In *P. Wagner*, loc. cit. Schmidt's Jahrb. 1897, t. CCLIV, p. 84. — In Roscher, Inaug. Diss. Freiburg 1898, obs. 207, p. 114. — In *Sérapin*, loc. cit. Ann. de Chir. Russe 1898, n° 1. — In *Alexinsky*, loc. cit., p. 227. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe, 1904, obs. 58, p. 872).

Petite fille de 5 ans. — Ses parents constataient depuis 9 mois la présence d'une tumeur abdominale, dont l'augmentation progressive ne s'accompagnait d'aucun trouble. Antérieurement on n'avait rien observé. — *Examen.* Saillie de la moitié gauche de l'abdomen, causée par une tumeur solide emplissant tout le côté, ce dont on se rendait compte en pratiquant la palpation simultanément en avant et en arrière. Cette tumeur paraissait dépendre du rein; sa surface était lisse et arrondie. Le côlon descendant passait sur son bord interne. Elle était de consis-

1. Aucun détail ni sur l'examen de la pièce, ni sur l'autopsie. Nous avons écrit à deux reprises au Dr Paton pour avoir ces renseignements complémentaires. Prière au lecteur de se reporter au *Supplément*. — Au moment où nous écrivons ces lignes, nous n'avons reçu aucune réponse.

tance solide, entièrement mate. Entre le rebord costal et la tumeur, zone tympanique. Elle ne suivait pas les mouvements respiratoires. Urines de qualité normale; 300 grammes dans les 24 heures. — *Diagnostic*, très vraisemblablement sarcome du rein. — *Opération.* Laparotomie. Tumeur rétropéritonéale; le côlon descendant passe sur son côté interne, adhérent de toutes parts; un grand nombre de ganglions abdominaux sont rouges et tuméfiés. On continue à considérer la tumeur comme un sarcome, aussi décide-t-on de l'enlever. Néphrectomie sans grande perte de sang, mais la libération d'avec le côlon fut un peu laborieuse.

Suites. L'enfant à la suite de l'intervention eut du collapsus; elle s'en remit un peu, mais le lendemain elle mourut subitement au milieu d'accidents identiques. — *Autopsie.* Début de péritonite diffuse; pas le moindre sphacèle au niveau du côlon. — Dans le poumon, un k. hydat. du volume d'un œuf de poule, entouré de foyers de bronchopneumonie. — A l'examen de la pièce, après l'opération, on avait déjà reconnu qu'il s'agissait non d'un sarcome, mais d'un k. hydat. La tumeur, du volume environ d'une tête d'enfant nouveau-né, dépendait de la partie supérieure du rein gauche; elle en occupait les 2/3 supérieurs; le 1/3 inférieur était normal. Lors de l'incision de la pièce, il s'échappa d'abord du bassinet dilaté de l'urine claire; ensuite on sectionna le k., qui donna issue à un liquide trouble rougeâtre et à d'innombrables hydatides, transparentes, du volume d'un grain de millet à celui d'un noyau de cerise. — Le k., de la grosseur d'un poing d'adulte, était constitué d'une épaisse capsule de tissu conjonctif, et tapissé en dedans d'une membrane hydatique typique. A la partie supérieure de la poche, le parenchyme rénal était considérablement comprimé; à ce niveau, tout à fait en haut, il n'avait que quelques millimètres d'épaisseur. — En haut, dans ce qui restait du rein, on trouva un petit abcès. Tout le liquide était trouble et purulent. Le 1/3 inférieur du rein était intact. Indépendance absolue de la cavité kystique et du bassinet. — On ne trouva pas de scolex.

II. — Par voie extrapéritonéale (voie lombaire et lombo-latérale).

A. — AVEC GUÉRISON

Obs. 23. — **Knie.** — ***Echinokokkus der Niere. Néphrectomie. Heilung.*** — St Pétersb. Med. Wochenschr. 1888, p. 317-319. — (In P. Wagner Schmidt's Jahrb. 1889, t. CCXXIV, p. 211 et 212. — In Zuelzer's Blatt 1889, p. 188. — In Wüthrich, Inaug. Diss. Zurich 1894, obs. 23, p. 43. — In *P. Wagner*, loc. cit. Zuelzer's Blatt, 1894, p. 141. — In *Braillon*, th. Paris 1894, obs. III, 79. — In Roscher, Inaug. Diss. Freiburg 1898, obs. 83, p. 92. — In Sérapin, loc. cit. Annal. de Chir. Russe 1898, nº 1. — In Alexinsky, loc. cit. 1899, p. 276. — In Tabar, th. Lyon 1901, obs. 7, p. 45. — In *Bogoluboff*, Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 17, p. 865).

Enfant de 4 ans, né de parents bien portants, et qui se porta bien lui-même jusqu'en février 1888. A cette époque, les parents constatèrent à

gauche une augmentation de volume du ventre de leur enfant, et sans que ce dernier eût éprouvé la moindre douleur. Ils n'y attachèrent d'abord que peu d'importance; mais ils ne tardèrent point à s'inquiéter, l'enfant étant constipé et gêné pour respirer; un médecin consulté ordonna une préparation iodée. — *Examen* du petit malade le 19 juin, lors de son entrée dans la clinique particulière de Knie. Enfant très anémié, pannicule adipeux peu développé. Le côté gauche de l'abdomen est rempli par une tumeur, du volume d'environ une tête d'enfant, lisse, fluctuante, indépendante de la paroi abdominale, ne suivant pas les mouvements du diaphragme. Elle dépasse la ligne médiane, et s'étend dans le côté droit; en bas et à droite, on en sent parfaitement le rebord; en haut elle est recouverte par le rebord costal; en la refoulant d'avant en arrière on peut la sentir dans la région lombaire, mais sa mobilité est limitée. Par-dessus, la tumeur passe quelque chose qui donne l'impression d'une bande. — La matité de la tumeur se confond avec celle de la rate. — Rien à l'auscultation; appareils respiratoire et circulatoire normaux. — Température 37° à 37°,4; pouls 90 à 100. Urines acides sans albumine, contenant un peu de pus, en moyenne 550 centimètres cubes par jour. — Jambe gauche plus maigre que la droite, mais l'enfant ne boite pas. — Mensuration du ventre, 55 centimètres de circonférence au nombril, 13 centimètres de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, et 11 centimètres à l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

Diagnostic hésitant. Vraisemblablement k. hydat. du rein, peut-être hydronéphrose. — Désinfection de la paroi abdominale et de la région lombaire; on administra à l'enfant des lavements, et on lui fit prendre de l'huile de ricin pour assurer l'évacuation de son intestin. — *Opération* le 28 juin 1886. On place un coussin sous le côté sain. Incision couche par couche, étendue de la onzième côte au 1/3 externe du ligament de Poupart; on parvient sur la tumeur, on l'incise et on évacue un litre environ d'un liquide clair, couleur jaune paille. Une main introduite dans le sac met au jour une grande membrane hydatique macérée. — Dans l'impossibilité d'apprécier ce qui reste de rein sain, K. prend la décision de tout enlever, rein et tumeur. La libération se fait facilement de toute part, sans grande perte de sang; on arrive sur le péritoine qui adhère solidement à la tumeur et qui se déchire au cours de ces manœuvres. La suture en fut faite immédiatement, mais, à la suite des manœuvres qui suivirent, elle ne tint pas et la séreuse se rompit de plus en plus. L'enfant tomba dans le collapsus, et il fallut terminer rapidement l'opération. De quelques coups de bistouri superficiels, on dissocie la tumeur d'avec le côlon, et bientôt on parvient à isoler, à lier, et à sectionner les organes du hile.

Suites. Le pouls était toujours imperceptible; sur la table d'opération on fit deux injections d'éther. Tamponnement de toute la cavité à la gaze iodoformée et pansement antiseptique. L'enfant pâle et sans pouls est reporté dans un lit chauffé; on lui fait prendre du thé et du vin chaud, et il revient à lui en moins de vingt minutes. Jusqu'à la nuit, il prit quatre gouttes de teinture d'opium simple. Au cours des douze premières heures, il émit 250 centimètres cubes d'une urine non albumineuse. Température 38°,4, pouls 128, respiration 60; vomissements.

Le 29, 4 gouttes de teinture d'opium; le soir, issue d'un peu de

matières et de gaz par le rectum; 600 centimètres cubes d'urine sans albumine. Le matin, température 38°,7, pouls 120, respiration 70; le soir, température 39°, pouls 120, respiration 45. — Le 30 au matin, température 38°,2, pouls 124, respiration 48; le soir température 39°, pouls 120, respiration 45. Quatre gouttes de teinture d'opium. — Le 1er juillet au matin, température 37°,4, pouls 108, respiration 30; le soir, température 37°,4, pouls 100 et respiration 24. Trois gouttes de teinture d'opium. L'enfant est alerte et joue toute la journée. Le 3 juillet premier pansement; température 37°,7; le tampon qui sentait les matières fécales fut changé. Plaie satisfaisante, pas de pus, pansement quotidien. Le 5, fistule stercorale, drainage.

La plaie et la fistule guérirent sans incidents. Au milieu de septembre 1886, la guérison était complète; l'enfant est actuellement en parfaite santé. — Le k. hydat. développé aux dépens de la face antérieure du rein, intéressait également la substance corticale et la substance médullaire.

Obs. 24. — **Schede.** — [*K. hydat. du rein droit. Néphrectomie parapéritonéale. Guérison*]. — In Schede, Meine Erfahrungen über Nieren extirpation, Hambourg, 1889. — (In *P. Wagner*, loc. cit. Schmid'ts Jahrb. 1889, t. CCXXIV, p. 212. — In Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1893, t. XXXIV, p. 360. — In *P. Wagner*, loc. cit. Zuelzer's Blatt 1894, p. 142. — In Wüthrich, Inaug. Diss. Zurich, 1894, obs. 2, p. 10-14. — In Roscher, Inaug. Diss. Freiburg 1894, obs. 85, p. 94. — In *Sérapin*, loc. cit. Ann. de Chir. Russe, 1898, n° 1. — In *Alexinsky*, loc. cit. p. 279. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe, 1904, obs. 18, p. 864) [1].

F. 58 ans; embonpoint très développé, emphysème très accentué avec bronchite chronique. — Il y a un an, la malade, jusque-là bien portante (à part l'emphysème et la bronchite), remarqua l'apparition d'une tumeur dans la région du rein droit; l'apparition de cette tumeur se fit de façon progressive. On ne constata à aucun moment de modification dans l'évacuation et la composition des urines; aucune déperdition des forces, conservation de l'état général. Cependant, par son volume, la tumeur occasionnait peu à peu des troubles assez accentués : sensation désagréable de plénitude et de tension dans le ventre, aggravation de la dyspnée, douleurs d'intensité variable dans les lombes et dans la périnée, avec irradiations dans le membre inférieur droit. — *Examen.* On constate, indépendamment de la bronchite et de l'emphysème dont il a été question plus haut, la présence d'une tumeur dans la région rénale droite; la tumeur régulièrement arrondie, du volume d'une tête d'adulte environ, dure comme de la pierre, s'étendait en dedans jusqu'à la ligne médiane, et descendait en bas à trois travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart. Au palper bimanuel, on constate qu'elle était peu mobile. Le côlon ascendant passait sur la face antérieure de la tumeur à un travers de main de la ligne médiane. — Vu l'extrême dureté de

1. Nous donnons la traduction du texte de Wüthrich, qui paraît du reste rapporter in extenso l'obs. de Schede.

cette tumeur, on ne songea nullement à pratiquer une ponction exploratrice. L'absence d'hémorragie, la dureté de la tumeur et la conservation de l'état général permettaient de penser qu'il s'agissait d'une tumeur relativement bénigne; mais la très grande gène qu'éprouvait la malade exigeait une prompte intervention; d'autre part il fallait convenir que l'augmentation rapide de la tumeur jointe à un emphysème aussi accentué assombrissait le pronostic d'une opération. Mais il n'y avait pas d'autre issue qu'une intervention.

Opération, le 25 février 1888. Incision transversale, entre la crête iliaque et le rebord costal, parallèle à ce rebord, et commençant au bord externe de la masse sacro-lombaire. Tumeur fibreuse, très dure ; le péritoine qui la recouvre, très épaissi et également très dur, s'en laisse détacher assez facilement. Après avoir ainsi libéré les 2/3 de la tumeur, S. parvint sur une portion plus molle et fluctuante; soupçonnant un ramollissement kystique partiel, il y enfonça un trocart, afin de diminuer le volume de la tumeur. L'issue d'un liquide échinoccocique typique démontra l'erreur de diagnostic; la tumeur s'affaissa et il ne resta plus qu'un énorme sac vide. — On aurait pu marsupialiser après évacuation de la membrane-mère, et résection de la portion libérée de la tunique fibreuse, mais la crainte de la persistance d'une fistule rénale, et l'incertitude dans laquelle on se trouvait sur la valeur fonctionnelle du parenchyme restant, détournaient de ce mode d'intervention[1]. — L'examen montra, en effet, que la paroi du sac fibreux, d'épaisseur à peu près uniforme dans tout le reste de son étendue, ne présentait d'épaississement qu'à sa partie postérieure et supérieure; là se trouvait une saillie qui surmontait le sac à la façon d'un chapeau; elle était épaisse d'un centimètre environ à sa partie moyenne, elle s'amincissait latéralement, et sa surface dépassait à peine celle d'un rein normal : évidemment il ne pouvait s'agir que du rein, d'autant plus qu'il fut impossible d'en trouver traces ailleurs. Aussi S. décida la néphrectomie, qui fut rapidement exécutée; les vaisseaux du hile furent liés séparément avec de forts catguts. Ensuite la plaie fut traitée de la façon habituelle. — L'opération avait duré un peu plus d'une heure. Un peu de cyanose pendant l'opération.

Suites. Rétablissement rapide; les jours suivants, pansement, la malade étant debout ou assise. — Le surlendemain de l'opération, elle passa la plus grande partie de la journée dans un fauteuil; l'emphysème l'empêchait de rester couchée, et la position assise dans le lit lui était également incommode. — L'élimination d'urine fut minime les premiers jours, 650 grammes le 1er jour, 900 le 2e; elle redevint normale à la fin de la première semaine. — La guérison fut lente, vu l'état et l'âge de la malade. Les continuels accès de toux empêchaient la plaie de se fermer.

Décours à peu près apyrétique; temp. vespérale, maximum un peu au-dessus de 39°, du 5 au 12 mars. — Les 4, 5 et 6 mars, dans le pansement, abondante sécrétion sentant l'urine[1]; les 7, 10 et 11, issue de beaucoup d'urine par la plaie, et sédiments purulents dans l'urine; les

1. La pensée exprimée par le texte allemand est très difficile à rendre, mais S. ne veut nullement dire qu'il enleva le rein, *uniquement parce qu'il ignorait son pouvoir fonctionnel*, ce que font certains chirurgiens à l'occasion, et ce qui est illogique au premier chef.

23, 24 et 25, le pansement n'est plus mouillé, urine encore un peu purulente. Le 6 avril, le pansement est de nouveau mouillé. La malade partit le 14 avril; la plaie large de 2 travers de doigt était en voie de granulation. Le 14 juillet on dut réséquer la cicatrice jusqu'au péritoine et suturer à nouveau. — *Émission des urines, quantité en grammes rendue par 24 heures :*

8-II...	1 100	16...	1 100	24...	2 100	1-III...	2 000	9....	2 100
9.....	1 000	17...	1 200	25...	1 400	2......	1 700	10....	2 000
10.....	1 000	18...	1 300	26...	1 750	3......	1 940	11....	1 800
11.....	1 000	19...	1 400	27...	2 000	4......	1 900	12....	2 120
12.....	700	20...	1 300	28...	1 120	5......	2 000	13....	2 120
13.....	800	21...	1 650	29...	1 700	6......	1 700		
14.....	860	22...	1 200	30...	1 600	7......	1 950		
15.....	1 150	23...	1 700	31...	1 500	8......	2 000		

Obs. 25. — **Paolo Postemski.** — *Nefrectomia lumbare per cisti da echinocco del rene sinistro; guarigione.* — Bull. di Acad. di Medic. Roma, t. XIX, 1892, 1892-93, p. 422. — (In Riforma Med., t. IX, 1893, p. 79. — In Güterbock, loc. cit. Virchow's Jahresb. 1893, t. II, p. 511. — In *P. Wagner*, loc. cit. Schmidt's Jahrb. 1894, t. CCXLIV, p. 207. — In *P. Wagner*, loc. cit. Zuelzer's Blatt, 1894, p. 142. — In *Roscher*, Inaug. Diss. Freiburg 1898, obs. 100, p. 108. — In *Sérapin*, loc. cit. Ann. de Chir. Russe 1898, nº 1. — In Alexinsky, loc. cit. p. 279. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe, 1904, obs. 20, p. 864).

F. 25 ans, entrée à l'hôpital le 11 janvier 1893, pour des douleurs vagues dans le ventre, accentuées lors des époques mensuelles, et qui lui causent un malaise qu'elle ne peut définir, mais qu'elle assure insupportable. Il y a 8 mois que la malade a constaté du côté gauche la présence d'une tumeur mobile, siégeant tantôt à l'ombilic, tantôt sous le rebord costal. — *Examen.* Dans la partie gauche de l'abdomen, tumeur dont la forme rappelle celle du rein; mais elle est plus volumineuse et mobile; on ne peut la repousser vers les lombes. Les fonctions urinaires s'accomplissent normalement : 1 600 grammes d'urines dans les 24 heures, ni albumine, ni éléments anormaux. — La malade souffre d'une hernie inguinale à droite. — Aucun des amnestiques n'est en corrélation avec l'affection actuelle. *Diagnostic.* Rein mobile.

Opération. Incision lombaire de Simon. Le rein découvert, on constate que son pôle supérieur est surmonté d'une tumeur kystique, fluctuante, blanchâtre, du volume d'une orange. Une ponction exploratrice ramena le liquide caractéristique des k. hydat. Rein lobé, comparable à celui d'une génisse; il était tellement volumineux qu'on se demanda un moment

1. M. Albarran nous a dit avoir observé cinq ou six fois ce phénomène paradoxal (issue d'urine par la plaie de la néphrectomie). L'urine remonte par l'uretère correspondant au rein enlevé. Ce phénomène curieux et rare se rencontrerait de préférence chez les tuberculeux. — Du reste, tous ceux qui ont une grande pratique de la chirurgie urinaire, ont pu avoir occasion de noter des faits de ce genre.

s'il ne s'agissait point d'un rein unique. Mais on écarte cette hypothèse, l'examen de l'urine n'ayant rien révélé de pathologique [1]. — Néphrectomie. — On fit aussi la cure radicale de la hernie. — *Suites*. Guérison complète. Durant quelques jours urines légèrement albumineuses : minimum 600 grammes ; la moyenne oscilla entre 1 400 grammes et 1 600 grammes par 24 heures. — [Aucun détail sur l'examen anatomo-pathologique du rein enlevé].

Obs. 26. — Cas du **Professeur Veliaminoff** publié par **Sérapin.** — *K. hydat. du rein droit. Néphrectomie lombaire. Guérison*]. — In Sérapin, loc. cit. Ann. de Chir. Russe 1898, n° 1. — (In Trophimoff, loc. cit. Chirurgia, t. III, 1898, p. 406. — In Centralblatt f. Chir. 1898, p. 448. — In Alexinsky, loc. cit. p. 279. — In *Gosch*, Inaug. Diss. Marburg 1903, p. 12. — In Bogoluboff, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 93, p. 882) [2].

F. 42 ans. — Il y a un an, apparition de crises douloureuses dans la moitié droite du ventre. Il y a 5 mois, immédiatement après une chute de voiture, la malade remarqua la présence, dans la même région, d'une tumeur mobile, un peu plus grosse que le poing. Cette tumeur augmenta rapidement de volume, mais sans provoquer de douleurs ; l'état général de la malade est du reste excellent. — *Examen*. Dans la moitié droite du ventre, tumeur sphérique, grosse comme la tête d'un enfant de 5 ans, fluctuante, à surface lisse ; elle présente à sa partie supéro-externe une portion plus dure, sorte de saillie surajoutée, rappelant la forme du rein. Tumeur mobile dans toutes les directions ; dans la station debout, elle descend, et provoque de suite l'envie d'uriner. Les côlons ascendant et transverse passent en avant d'elle. — Tous les viscères sont normaux ; rien dans l'urine. — *Diagnostic* hésitant : rein en dégénérescence kystique, hydronéphrose, k. hydatique du rein.

Intervention. Incision lombaire de Simon. La tumeur ponctionnée à l'aide d'un gros trocart, donne issue à un litre d'un liquide transparent ; incision du k., ablation de la membrane-mère. Le rein aplati répond à la partie supéro-externe du k. — L'uretère passait en avant de la poche sous forme d'une bandelette ; il était tellement aminci, étiré, comprimé par la tumeur, que l'ancienneté des lésions du rein ainsi que son insuffisance fonctionnelle ne pouvaient être mis en doute ; aussi on décida la néphrectomie. Les vaisseaux du hile furent attirés et liés ; la poche ne put être extraite d'un seul tenant à cause des adhérences qu'elle présentait avec la veine cave inférieure ; on dut même en laisser une petite portion. Tamponnement de la plaie ; fermeture partielle de la plaie lombaire. — *Suites*. Cicatrisation secondaire ; presque pas de fièvre. A la suite de l'opération, la quantité d'urine émise dans les 24 heures tomba à 500 centimètres cubes, mais elle atteignit 1 500 centimètres cubes à la fin de la

1. Postemski ajoute : « ce qu'on n'aurait point constaté, s'il s'était agi d'un rein à la fois unique et malade ». Dans le cas particulier, le raisonnement de P. constitue une erreur, attendu que dans le k. hydat. du rein, l'urine est presque toujours normale en quantité, en qualité, et en teneur, et que dans la plupart des cas la fonction urinaire est absolument respectée.
2. Nous avons traduit cette observation d'après le texte d'Alexinsky.

première semaine. Fistule complètement fermée au bout de 2 mois. — *Examen de la pièce.* Dans le rein enlevé on ne trouva de parenchyme normal, qu'au niveau de sa moitié antérieure et de la partie adjacente du bord externe. Le k. hydatique comprimait complètement le bassinet et l'uretère, mais néanmoins leur lumière était conservée.

Obs. 27. — **W. Jerosch.** — [*K. hydat. du rein gauche. Néphrectomie transpéritonéale*]. — In W. J. Inaug. Diss. Greifswald 1899, p. 7-13. — (In *Centralbl. f. Chir.* 1899, p. 1056. — In *Brit. Med. Journ.*, epitome, 12 mars 1900. — In *Gosch*, Inaug. Diss. Marburg 1903, p. 13. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 32, p. 866).

H. 39 ans. — Scarlatine et diphtérie dans l'enfance ; à part cela bien portant. La maladie actuelle débuta lors de l'été 1897, par des douleurs au voisinage de l'anus, et par l'apparition à un 1/2 pouce à gauche de l'anus, d'une petite tumeur qui guérit d'elle-même. Mais ensuite dans la même région, petite grosseur apparaissant et disparaissant alternativement; pas de douleurs lors de la défécation; le malade a l'impression que des gaz passent entre le rectum et les muscles. Un médecin consulté diagnostique une fistule; cette dernière est opérée le 18 janvier 1898 à l'hôpital de Stalsund. — A la suite de cette intervention, érysipèle qui dura 5 jours, accompagné de rétention d'urine; le malade urinait pourtant de lui-même sous l'effet de bains chauds. Ces accidents disparurent en même temps que l'érysipèle, mais les mictions restèrent douloureuses, et à plusieurs reprises elles arrachèrent des cris au patient. Dans les urines, dépôt en grande quantité de sédiments grisâtres; en outre le malade a uriné à trois ou quatre reprises, une substance granuleuse qu'il compare à du marc de café. Cet état persiste jusqu'au 14 février; le malade le 21, à peu près bien, se rend dans une clinique privée. — Le 24 il est pris subitement au-dessus de la hanche, de très vives douleurs, qui s'atténuent spontanément, et aussi sous l'effet de la morphine. Malgré la persistance de cet état, le malade part le 3 mars. — A la fin du mois il entre à la Clinique chirurgicale de Greifswald; au cours de ces dernières semaines, aucune douleur à la miction, amélioration des douleurs de la hanche qui se manifestent surtout lors de la défécation.

Examen le 31 mars 1898. Homme bien musclé, légèrement obèse, état général moyen ; sa peau est brune ; langue humide, un peu chargée. A droite et en avant, sonorité pulmonaire des plus nettes jusqu'au 5e espace; de ce point au rebord costal sur la ligne mammaire, matité *relative*. Au niveau du foie on ne trouve point de matité absolue. La matité cardiaque commence *relative* à la 4e côte : elle n'atteint pas à gauche sa limite habituelle ; sur le sternum, à la hauteur de la 3e côte, son tympanique. En avant et à droite, expiration prolongée, roncus à l'inspiration. A gauche immédiatement au-dessous de la clavicule, respiration normale, mais un peu plus bas, murmure vésiculaire aspiratif et roncus. — Le choc de la pointe n'est point visible et ne se perçoit point nettement au palper. Bruits du cœur normaux à la pointe ; également normaux à la base, mais assourdis.

Abdomen un peu saillant par rapport au thorax ; du rebord costal à la

crête iliaque, il est très douloureux au palper; il l'est aussi spontanément et lors des mouvements. On perçoit dans la région ombilicale une certaine résistance, peut-être sous la dépendance d'une tumeur abdominale mobile. Le tympanisme stomacal descend jusqu'à l'ombilic; à droite il dépasse un peu la ligne parasternale; à gauche au niveau de la ligne axillaire antérieure, il confine à une zone de matité, qui en haut se confond avec la matité du cœur, et qui en bas s'arrête à 3 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure; cette matité correspond à la zone douloureuse. — En arrière et à droite, la limite inférieure de la sonorité pulmonaire correspond à la 12e côte; à gauche elle est plus élevée de 5 centimètres. A droite et en arrière, expiration un peu prolongée, mais à part cela respiration normale. A gauche et en arrière, la respiration normale s'arrête au niveau de la 6e apophyse épineuse; au-dessous, elle prend le type bronchique, et on peut la percevoir dans tout le côté gauche, dans la région occupée par la matité dont il vient d'être question. A l'inspiration, roncus crépitants; frémissement vocal normal. Le malade expectore fréquemment des crachats purulents. Au-dessous de l'arc costal gauche, sur la ligne axillaire antérieure, on sent une résistance assez appréciable et très douloureuse, qui ne suit point les mouvements respiratoires. — En arrière et à gauche au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, diminution de la sonorité, des vibrations et du murmure vésiculaire; au voisinage le rachis, râles crépitants et frottements. — Légère élévation de température le soir, avec rémission le matin. La douleur du côté gauche diminue dans les derniers jours; elle se manifeste surtout à la suite de mouvements, ou bien dans le décubitus latéral droit.

Intervention le 5 avril. Chloroforme. Au-dessous de la 12e côte, dans la région latérale gauche, incision de 15 centimètres, couche par couche, étendue de la ligne axillaire antérieure à 3 centimètres des apophyses épineuses. Infiltration dans la profondeur; à l'incision du fascia lumbo-dorsalis, issue de pus et de nombreuses hydatides; le rein adhère fortement aux tissus environnants. — Deuxième incision de 15 centimètres, oblique sur la précédente, étendue de l'extrémité antérieure de la 11e côte à l'épine iliaque antéro-supérieure. — Le rein est mis à nu. A son extrémité supérieure se trouve le k. du volume des deux poings, qui descend jusqu'au hile et remonte jusqu'au diaphragme auquel il est uni. Le còlon adhère à la partie inférieure du rein; on l'en sépare par dissection. Le pôle inférieur du rein est ainsi dégagé. Lors de la libération du pôle supérieur, le k. se sépare du rein. Celui-ci est enlevé après ligature du pédicule; ensuite au niveau du diaphragme on enlève la paroi du k. par fragments. — On introduit dans la profondeur de la plaie une mèche de gaze iodoformée entourée de gaze stérilisée. Fermeture de la paroi au catgut en plusieurs étages. Ces mèches sortent au niveau de la portion horizontale de la plaie. Pansement. — *Suites*. Pansement tous les jours, lavages de la plaie à l'acide borique. On diminue les mèches, on enlève les points de suture; sécrétion modérée. L'expectoration, assez abondante les premiers jours, disparaît complètement. On n'y trouva aucun bacille tuberculeux, mais de nombreux diplocoques. A gauche en arrière et en bas, le son de percussion est devenu plus tympanique; encore quelques roncus isolés. Les fonctions urinaires et digestives s'accomplissent bien,

appétit bon, pas d'albumine dans l'urine (examens répétés). Température normale le matin, légère élévation le soir. Le malade se plaint encore, mais se trouve amélioré. Il sort guéri le 11 juin 1898. — On l'a revu en décembre 1898 bien portant; il avait augmenté de poids.

Examen de la pièce. Rein petit, 7 centimètres de long sur 6 de large. La couche corticale est épaisse par endroits de 1 centimètre. Le sac enlevé mesure 15 centimètres de diamètre; sa paroi est épaisse de 2 millimètres. — *Cultures du contenu du sac* : sur bouillon, staphylocoques pyogènes dorés. Sur agar, les cultures obtenues ne prennent pas le Gram. — *Examen microscopique.* Les fragments de la couche corticale et de la paroi du sac prélevés furent d'abord immergés dans du formol, et plus tard dans de l'alcool; ils furent débités par tranches après inclusion dans du collodion; coloration à l'hématoxyline-éosine. On constata une agglomération de cellules arrondies et quelques foyers de nécrose, entre lesquels on retrouva de la substance rénale atteinte d'inflammation interstitielle.

Obs. 28. — Albarran. — ***K. hydat. du rein. Néphrectomie lombaire. Guérison.*** — Bull. et Mém. Soc. Chir. 1901, p. 663. — (In Presse Médic. 1901, p. 93. — In Champenois, th. Paris 1901, obs. 17, p. 92. — In Tabar, th. Lyon 1902, obs. 10, p. 49) [1].

F. 33 ans. — Début le 20 nov. 1898 par des douleurs intenses dans la région costo-iliaque gauche, permettant à la malade de continuer son travail; mais elles s'aggravèrent les jours suivants, et le médecin traitant diagnostiqua un abcès rénal. Un mois après, nouvelles crises douloureuses sans caractère bien précis, ni irradiations le long de l'uretère; les urines jusque-là claires devinrent troubles et chargées de pus. Puis ces accidents disparurent, et la malade se porta bien jusqu'en février 1901. — Mais alors, à la suite de règles qui ne durèrent qu'un jour, douleurs lombaires durant 5 à 6 jours, et urines troubles, chargées d'un dépôt semblable à de la *gélatine*; elles redevinrent claires au bout de 4 jours; sueurs nocturnes et état fébril. La persistance de la douleur au niveau du rein, quelques irradiations le long de l'uretère, puis des accès fébriles irréguliers engagent la malade à entrer à Necker, chez le Prof. Guyon. — *Examen* le 22 mars 1901. Capacité vésicale normale; rein droit mobile, à direction presque horizontale, son bord convexe étant distant de 2 centimètres environ de la crête iliaque et de l'épine iliaque ant. sup., non douloureux, facilement réductible. On ne sent pas le rein gauche. Dans l'urine, 11 gr. 50 d'urée et des traces d'albumine; quantité d'urine normale; on n'y trouve au microscope que de rares leucocytes. — *Cystoscopie.* Orifice uretéral gauche béant, et plus large que le droit; il se trouve dans une zone congestionnée, grande comme une pièce de 50 centimes; le reste de la vessie est absolument sain. Par cathétérisme on parvient aisément dans le rein gauche, on retire de l'urine trouble contenant de très nombreux leucocytes, quelques globules rouges et des microcoques; l'analyse chimique ne put être pratiquée, parce que la sonde se boucha rapidement. Urine du rein droit normale.

1. Rédigée d'après les Bull. de la Soc. de Chir., et la Presse Médicale.

Le 28 mars, urines troubles et contenant de nombreuses hydat. aisément reconnaissables, peaux blanchâtres ressemblant à des grains de raisin vidés; la malade reconnut que l'aspect des urines actuelles était analogue à celui des deux débâcles qu'elle avait eues autrefois. Émission d'hydat. également les jours suivants. — Existence d'un chien dans l'entourage de la malade. — *Examen* de la tumeur le 3 avril. Dans le côté gauche de l'abdomen, masse arrondie, assez mal délimitée, presque entièrement sous-costale et dépassant à peine le rebord costal : par le phonendoscope on établit qu'elle avait le volume de deux poings, et qu'elle remontait jusqu'au septième espace. Aucune mobilité communiquée; elle ne se déplace point lors des mouvements respiratoires. Contact lombaire incomplet : sensation de vague transmission en masse, mais non de ballottement. — On ne sent pas les uretères au toucher vaginal. — *Intervention* le 6 avril. Incision lombaire oblique; on reconnaît d'abord la face post. du côlon descendant; portant l'exploration plus haut on décortique assez facilement la capsule graisseuse du rein, dont on découvre le pôle inf. présentant la forme d'une tumeur globuleuse, tendue, dépassant à peine le rebord costal. Incision large de la tumeur, issue sous tension d'une très grande quantité d'hydat. et grand lavage à l'eau bouillie. Épaisseur considérable des parois de la poche, calcifiées par places. Adhérences avec l'intestin, la rate et le diaphragme. En essayant d'attirer la poche hydat., on se rendit compte qu'elle était située au-devant du rein, refoulé lui-même, complètement aplati, presque méconnaissable. — Ne pouvant capitonner, on décide l'extirpation. On sépare facilement la tumeur du côlon qui la recouvrait en avant. Une adhérence fixant la poche à la rate est enlevée avec une petite portion du péritoine que l'on suture de suite. Adhérences avec le diaphragme difficiles à rompre, ouverture de la plèvre que l'on ferme par une suture en bourse. On achève de dégager l'uretère, gros, triplé de volume, à parois rigides; on le sectionne à 8 centimètres du rein, ligature du pédicule au catgut, on enlève le rein avec le kyste.

Suites. Bonnes. Cicatrisation par première intention, sauf au niveau des mèches. Drain et mèche enlevés le 2e jour et fils le 10e. La malade part au Vésinet 26 jours après, guérie et sans fistule. — *Examen de la pièce*. La tumeur, à parois calcifiées par endroits, était située sur la face antérieure du rein sans qu'il fût possible de dire si elle était née dans le rein lui-même ou en avant de lui. Rein ayant conservé sa forme, bosselé et dilaté au niveau de ses deux pôles, presque entièrement détruit par compression et envahissement direct; dans le parenchyme persistant, lésions avancées d'hydronéphrose. K. manifestement ouvert dans le bassinet; on trouve des hydatides dans les calices dilatés.

Obs. 29. — **Pupovac.** — [***K. hydat. du rein gauche***]. — In Pupovac, Beitrage zur Casuistik und Therapie des Echinococcus, insbesondere des Nierenechinococcus, in Wien. Klin. Wochensch., p. 1173-1177. — (In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 99, p. 884) [1].

F. 36 ans. Entre dans le service du Prof. Gussenbauer le 19 juin 1901.

1. Nous avons pu lire cette observation dans le texte original, grâce à l'amabilité du Dr Pupovac, de Vienne, qui nous a adressé son mémoire.

La mère de la malade est bien portante; le père est mort on ne sait de quoi; trois frères et sœurs en bonne santé. Il y a 12 ans, elle accoucha d'un enfant bien constitué, qui dans la suite mourut de diphtérie. Réglée à 14 ans; règles normales. — Originaire de la Bukowine, elle habite le Caire depuis 6 ans, elle y aurait été atteinte de malaria; le sulfate de quinine ne donna pas un résultat très satisfaisant. La fièvre revenait tous les 2 jours. — A cette époque, elle constata la présence d'une tumeur, sous le rebord costal gauche. Depuis un an l'urine est trouble, et depuis la même époque la tumeur occupe le flanc gauche. Dans ces derniers temps, fréquence des mictions : la malade urine toutes les demi-heures. Elle a quitté le Caire il y a un mois, et la fièvre intermittente semble avoir disparu. Elle fut tenue en observation à la Clinique, durant les 11 jours qui précédèrent l'opération, et la température ne dépassa qu'une fois la normale, atteignant un soir 38°,1.

Examen. Femme de taille moyenne, état général bon, teint jaune pâle. Organes thoraciques normaux. Dans le flanc gauche, tumeur appréciable, que ses signes physiques font reconnaître comme appartenant au rein. Du volume d'une tête d'adulte, dépressible, élastique, manifestement fluctuante, placée en arrière du côlon ascendant. — La rate est un peu hypertrophiée; son extrémité inférieure est manifestement perceptible au palper. La malade émet dans les 24 heures de 900 à 1 400 centimètres cubes d'une urine trouble, acide, et laissant déposer beaucoup de pus. Dans le dépôt on ne trouva aucun élément venant du rein, mais quelques cellules pavimenteuses, et de très nombreux corpuscules du pus, les uns isolés, et d'autres agglomérés en bouchons. — La capacité vésicale est de 300 à 400 centimètres cubes sous une pression d'environ un mètre de hauteur et sans cocaïnisation de la vessie. — *Examen cystoscopique.* De l'uretère gauche s'écoule continuellement et avec lenteur un filet de pus; de l'uretère droit sort une urine claire. — Rien aux organes génitaux. — *Diagnostic.* Pyonéphrose gauche. — La malade raconte qu'il y a 10 ans, elle a eu un chien de garde, qu'elle mettait parfois dans son lit et qui lui léchait souvent la figure.

Opération le 2 juillet 1901 par Pupovac. — Anesthésie suivant la méthode de Billroth. La malade est couchée sur le côté droit. Incision commençant à environ 3 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, et se terminant au-dessous de la 12^{e} côte au voisinage du rachis. Incision en un temps, jusqu'à la capsule fibreuse du rein. Libération du rein en haut et en bas; section de l'uretère au thermocautère entre deux ligatures. On place la malade sur le dos, et on sectionne le pédicule rénal, après avoir lié les vaisseaux. Ablation de la tumeur. On ferme au catgut deux déchirures du péritoine d'environ 3 centimètres. Hémostase parfaite. On lave la plaie avec une solution de sublimé à 1 p. 1000; on ferme au catgut; suture complète de la paroi. Durée, 90 minutes.

Suites. Bonnes; aucune réaction. Le 16 juillet on enlève les fils, et le 19 la malade quitte l'hôpital guérie par première intention, et en parfaite santé. — Revue le 3 octobre suivant, elle se portait bien et avait augmenté de 19 kilos. — Le lendemain de l'opération la malade urina 450 centimètres cubes; le 3^{e} jour 1600, et plus tard elle atteignit le maximum de 2400. Le 2^{e} jour après l'opération on trouva encore dans l'urine un léger dépôt, qui dans la suite disparut complètement.

Examen de la pièce. — Du volume d'une tête d'enfant environ, d'aspect uniforme, elle est recouverte d'une capsule de tissu conjonctif très consistante. Le pôle supérieur est entouré d'un tissu graisseux assez lâche; à la face postérieure du pôle inférieur, à l'union du 1/3 moyen avec le 1/3 inférieur on voit la section de l'uretère. A mi-hauteur de la face interne on voit aussi la section des vaisseaux rénaux.

Lors de l'incision de la tumeur, pratiquée du bord convexe vers le hile, il s'échappa de sa partie inférieure un liquide clair comme de l'eau avec de nombreuses hydatides — et de sa partie supérieure du pus crémeux et épais. Après avoir écarté l'une de l'autre les deux moitiés du rein sectionné, on vit que son pôle inférieur était occupé en majeure partie par un k. hydat., du volume du poing, rempli de nombreuses hydatides, et qui confinait de la façon la plus intime avec le bassinet considérablement distendu. On constate, au cathétérisme, que l'uretère à sa sortie du bassinet décrit une courbe très fermée, tout contre la paroi du sac; l'uretère paraît manifestement comprimé par le kyste.

Le bassinet est rempli d'un pus crémeux et épais; sa muqueuse est recouverte d'une sorte de tissu rougeâtre et spongieux. Les calices sont remplis en grande partie de débris purulents, qui ne sont pas nettement séparés du reste du parenchyme; celui-ci, gris rougeâtre, est plus consistant que normalement. On trouva dans le rein un très petit nombre de bacterium coli. Le parenchyme était profondément modifié, envahi par un abondant tissu conjonctif, et on ne retrouvait çà et là que quelques glomérules et canalicules isolés.

Obs. 30. — **F. Gangitano.** — *Echinococco suppurato del rene destro. Nefrectomia. Guarigione.* — Riforma Medica 1901, vol. 2, p. 794-797, 807-810, 820-823. — (In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 57, p. 872).

F. 31 ans, de Messine. Aucun antécédent héréditaire; aucune maladie grave. Réglée à 10 ans, mariée à 28; deux avortements sans cause appréciable, ni complications. — Elle éprouve depuis 4 mois une impression de poids et de tiraillement dans le flanc droit, accompagnée quelquefois de douleur; si la douleur est vive, elle se localise en un point précis, sur la ligne mammaire, à 4 travers de doigt au-dessous des fausses côtes; autrement, douleur diffuse dans tout le flanc. En même temps, apparition d'une tumeur dans la région *épicolique*; indolore au début, elle est très douloureuse depuis 2 mois environ. Il y a un mois, accès de fièvre avec frisson, survenu à l'improviste; température élevée. — Peu après dans la région rénale, douleurs très fortes, lancinantes, lacérantes, irradiant vers l'aine et accompagnées de vomissements; durant 2 heures, il n'y eut ni changement de position, ni remède capables d'apporter le moindre soulagement. Un peu d'apaisement, besoin impérieux d'uriner et émission au milieu d'une urine trouble, blanchâtre et fétide, de corps arrondis, sortes de vésicules molles, dont la malade ne peut préciser le nombre. Amélioration presque subite; mais depuis, presque chaque soir, fièvre légère précédée d'un léger frisson.

Dix-sept jours après, deuxième crise, identique à la première, suivie de l'émission de 3 vésicules que la malade a conservées; à la miction.

douleurs, qui persistent encore actuellement. A la suite de cette crise la malade dut rester au lit durant 8 jours, parce qu'elle était faible et avait de la fièvre.

Avant le premier accès, l'urine aurait toujours été claire et les mictions non douloureuses. Il y a 18 ans, violente douleur dans le flanc droit accompagnée d'une légère hématurie, consécutive à un choc contre une grosse poutre; quelque temps après ce trauma, apparition à l'endroit où siège la tumeur actuelle, d'une masse mobile, du volume du poing, et qui ne tarda pas à disparaître; la malade ne peut dire, s'il y eut à ce moment modification dans la quantité des urines. — Jamais de troubles gastro-intestinaux. La malade cohabitait avec des chiens qu'elle aimait beaucoup. Deux jours avant l'opération, alors qu'elle était en observation, elle eut un 3e accès de colique avec issue par l'urètre de 2 vésicules entières et de quelques débris.

Examen. Squelette normal, muscles peu développés; peau sèche et souple, pannicule adipeux serré; décoloration des muqueuses, appareils respiratoire et cardio-vasculaire normaux. La moitié droite de l'abdomen, du rebord costal à l'os iliaque, apparaît déformée, et beaucoup plus saillante que la moitié gauche. Au palper on trouve une tuméfaction, de la grandeur d'une tête de fœtus à terme, de forme plutôt ovoïde, inégale, dont la surface est pleine de bosses; de consistance plus ou moins dure suivant les endroits; contours obtus et arrondis. Elle ne suit pas les mouvements respiratoires. — En dedans elle atteint l'ombilic, elle répond en dehors à la ligne axillaire moyenne, et en bas à la ligne *bis-iliaque*; en haut elle disparaît sous le rebord costal. — Au palper bimanuel, contact lombaire. Le foie déborde l'arc costal de 1 centimètre, et une main introduite sous son bord antérieur perçoit la tumeur située sur un plan un peu postérieur, et indépendante des mouvements du diaphragme. — La tumeur est mate, sauf sur une certaine région qui est légèrement tympanique. Sa matité se confond avec celle du foie. Par insufflation d'air dans le rectum, on obtient une zone tympanique, notamment à la partie interne de la tumeur. — On perçoit nettement le pôle inférieur du rein gauche. L'introduction d'un cathéter dans la vessie provoque des douleurs et du spasme du col; pas de corps étrangers dans la vessie. — L'examen de l'utérus et des annexes est négatif. — *Examen de l'urine* à plusieurs reprises : 1 300 grammes environ, blanc jaune, trouble, odeur ammoniacale, tantôt neutre, tantôt légèrement alcaline, poids spécifique 1 024, 1 028; pas d'albumine; composition presque normale; corpuscules du pus, cocci et bacilles; crochets d'échinocoques. — 5 vésicules furent examinées, 3 apportées par la malade et 2 rendues quand elle était en observation; ces dernières, du volume d'une aveline, contiennent un liquide limpide, eau de roche. Des 3 autres, la plus grande est du volume d'un œuf de pigeon; crevée, elle est pleine de l'eau du flacon. Les membranes présentent tous les caractères des membranes hydatiques. — La température oscille entre 37°,5 le matin, et 38°,5 le soir. — *Diagnostic.* K. hydatique suppuré du rein droit ouvert dans le bassinet.

Intervention. Incision étendue du bord externe du droit au niveau de l'ombilic, au bord externe de la masse sacro-lombaire. On parvient dans la région rénale; on repousse en dedans le péritoine pariétal, on dissèque quelques adhérences de l'atmosphère adipeuse, et on découvre le

rein. Il est entouré d'adhérences, surtout à sa face antérieure et à son pôle supérieur, il est mou, élastique, sauf au pôle supérieur où se trouve une saillie du volume d'un œuf de pigeon, paraissant de consistance osseuse. Pour isoler cette saillie, pour se rendre compte de sa nature et pour l'enlever, on exerce des tractions qui l'arrachent de la substance rénale sur laquelle elle s'implantait. Le pôle supérieur du rein présente alors une brèche de la grandeur d'une pièce de 5 francs, qui donne issue à une matière purulente et fétide, à des vésicules hydatiques entières, de volumes divers, ainsi qu'à de nombreux fragments. — Cette poche complètement vidée, on constate qu'elle vient de l'intérieur du rein, qui se présente comme une grande cavité à parois très minces, constituées d'une substance rouge, blanche, compacte, de consistance fibreuse. — Vu l'état du rein, on décide la néphrectomie. Elle est difficile à cause des adhérences, notamment celles de la face antérieure. En outre, la présence d'une grosse masse de tissu conjonctif dans la région du hile, empêche de dissocier les organes du pédicule, et on est obligé de faire une ligature en masse. — Ablation de la tumeur. On réduit la large brèche à l'aide de quelques points de suture, et on bourre la plaie de gaze stérilisée. — *Suites* bonnes. Pansement au bout de 48 heures. Le premier jour, 360 grammes seulement d'une urine trouble mais non purulente. — Le deuxième, injection intraveineuse de 1000 centimètres cubes d'eau salée. Urines, 710 grammes. — L'émission des urines augmente rapidement et atteint un litre au 6e jour; leur aspect s'améliore vite; à partir du 11e jour, le liquide antiseptique des lavages vésicaux ressort parfaitement limpide. — Température maxima, 38°,8 au 4e jour. — La malade commence à se lever le 12e jour, elle sort complètement guérie le 29e jour.

Examen de la pièce. — Le rein, quatre fois plus gros que normalement, de couleur rougeâtre, est recouvert sur une grande partie de sa surface de bandes de tissu conjonctif de formation ancienne et récente. A sa partie supérieure, brèche pénétrant dans une cavité déjà décrite. On retrouve, au milieu d'une masse de tissu conjonctif blanchâtre entremêlé de travées adipeuses, les vaisseaux du hile dont le calibre est notablement réduit. — La tumeur mesure 18 centimètres en hauteur, 11 transversalement et 9 en épaisseur. — La petite tumeur qui surmontait le rein, du volume d'un œuf de pigeon, est recouverte çà et là de tissu conjonctif de couleur jaune rouge; sa surface est rugueuse, sa consistance osseuse. En l'incisant avec un fort couteau, on constate que sa paroi est épaisse d'un centimètre; cavité centrale du volume d'une noix, remplie d'une petite quantité de matière crémeuse, jaunâtre, où nagent encore quelques petits fragments de membrane, tellement friables qu'ils se rompent quand on les touche. — Le rein ouvert suivant son grand axe présente une cavité du volume d'un gros poing au fond de laquelle on voit des débris de membranes blanchâtres; surface d'aspect irrégulier, mamelonné avec des enfoncements, tapissée d'une membrane kystique épaisse de 2 millimètres environ, fibreuse, dure à la coupe, intimement adhérente au parenchyme. L'épaisseur de ce dernier varie suivant les endroits, de moins d'un centimètre à un centimètre et demi. — Le bassinet réduit à une cavité virtuelle, communique avec le k. et l'uretère, dont le calibre est augmenté et la paroi très amincie. — *Examen microscopique et*

bactériologique. Dans le contenu de la cavité kystique calcifiée, gouttelettes adipeuses, débris amorphes; ni micro-organismes, ni crochets. On reconnaît à l'acide chlorhydrique la nature calcaire de la paroi. Contenu des vésicules, limpide comme de l'eau de roche et stérile. — Dans le contenu de la cavité kystique, nombreux corpuscules de pus, gouttelettes adipeuses, diverses bactéries et cocci. — L'*inoculation* d'un demi-centimètre cube de cette substance dans le péritoine d'un cobaye causa la mort en 48 heures par péritonite purulente; l'inoculation d'un centimètre cube sous la peau du dos d'un autre cobaye amena la formation d'un vaste abcès qu'on incisa au 9e jour; quatre cultures faites avec le pus de cet abcès donnèrent des colonies de staphylocoque pyogène doré.

On pratique sur plusieurs coupes l'examen de la paroi du k., là où on rencontrait aussi du parenchyme. Ce dernier est constitué surtout de tissu conjonctif pauvre en cellules et en vaisseaux sanguins, et ne prenant que difficilement les substances colorantes. — Sur certaines coupes, quelques canalicules en petit nombre, et dont le calibre est réduit; ils sont dépourvus d'épithélium ou bien revêtus d'un épithélium dégénéré; il y en a pourtant qui sont mieux conservés. On ne rencontre point de glomérules dans leur disposition histologique normale, ils sont constitués pour la plus grande partie d'un nodule de tissu conjonctif. — Les vaisseaux sont pour la plupart oblitérés, d'autres se présentent avec des parois très épaissies et une diminution de leur lumière. — A la partie interne de la coupe, la substance rénale est transformée en tissu fibreux à disposition concentrique, très pauvre en cellules et constituant ainsi la capsule périkystique. A la face interne adhèrent des corpuscules du pus renfermant des cocci; sur des coupes colorées au Gram, on n'a pu observer le passage de micro-organismes à travers les tuniques périkystiques. Entre les faisceaux conjonctifs les plus proches de la surface externe, se trouvent des travées de petits îlots d'infiltration parvicellulaire.

Obs. 31. — Cas de **Ricard** rapporté par **Lance**. — ***K. hydat. du rein gauche. Néphrectomie.*** — Bull. Soc. Anat. 1902, p. 877-880. — (In *Centrall f. Chir.* 1903, p. 855. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 51, p. 872).

H. 28 ans, entre chez Ricard le 13 septembre 1902. — Il n'a jamais été malade, mais depuis 6 semaines son appétit a diminué; aussi il se rend à la consultation de Saint-Antoine. On diagnostique une tumeur du rein, et on lui conseille d'entrer dans un service de chirurgie. Le malade ne suit pas ce conseil et continue à travailler. — Le 12 septembre il est pris dans la rue d'une douleur atroce, au niveau du flanc gauche. Il rentre chez lui et vomit, la douleur est si vive qu'il se roule à terre; elle débute dans la région lombaire gauche et s'irradie jusqu'au pli de l'aine du même côté. Le lendemain il entre d'urgence dans le service.

Examen. Défense musculaire de la moitié gauche de l'abdomen; tout le flanc gauche est rempli par une volumineuse tumeur, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, qui descend jusque dans la fosse iliaque, remonte sous les côtes, et s'avance en dedans à un travers de doigt de l'ombilic. Elle emplit complètement les lombes, ballotte d'une façon évi-

dente, et suit les mouvements respiratoires. Complètement mate, pas d'intestin au-devant d'elle. On obtient de la transmission des pressions sans fluctuation nette ; cependant si on place une main sous les lombes et qu'on fasse percuter la tumeur en avant, on obtient un frémissement rappelant le frémissement hydatique. — Pas d'élargissement de la base du thorax ; rien dans les autres organes. — On *diagnostique* un k. hydat. du rein gauche. — Le 14 septembre la crise de colique néphrétique est complètement terminée ; le malade urine abondamment. L'urètre admet un n° 23 ; mais plutôt que de se laisser diviser le malade quitte le service. — Il est revu 8 jours après : état stationnaire, il ne veut pas entrer. — Il s'y décide le 20 octobre, aucune modification. Urines : 1400 grammes par 24 heures ; un peu de trouble dû à un excès de carbonate. Épreuve au bleu de méthylène : vert léger, au bout d'une demi-heure ; bleu, la 1re, la 2e, la 3e et la 4e heure ; l'élimination cesse au bout de 24 heures. Donc état satisfaisant du rein de l'autre côté ; il n'est pas senti par le palper bimanuel.

Intervention le 27 octobre. Incision lombaire ; on tombe rapidement sur la partie moyenne de la tumeur ; on libère le côlon descendant qui y adhère en avant. A l'extrémité inférieure on trouve un k. que l'on ponctionne ; ensuite on l'incise, et le doigt effondre alors un deuxième k. qui formait la partie inférieure de la tumeur. Puis on aborde le pédicule dont chacun des organes est sectionné isolément. L'uretère adhère au rein le long de son bord interne ; on le sectionne à l'extrémité inférieure de l'organe. — La partie supérieure du rein disparaît sous les côtes et ne s'abaisse pas ; on est forcé de vider isolément 4 autres k. volumineux contenant des quantités de vésicules-filles de toutes dimensions. — On libère la queue du pancréas adhérente, on écarte la rate, et on attire alors la partie supérieure du k. ; elle présente avec le diaphragme une surface d'adhérence de la grandeur d'une paume de main. Quand on tire dessus, on invagine le diaphragme dans l'abdomen, et à chaque expiration on est attiré vers le thorax avec une grande force. — On sectionne ces adhérences à la pointe des ciseaux et la tumeur est extirpée en entier. — Les plus grandes précautions sont prises pour éviter l'inoculation des produits du k. : protection avec des compresses, lavage au formol à 1/5000. Deux drains, fermeture de la paroi, sérum. — Durée, 1 heure.

Suite. Shock opératoire considérable. Durant 3 jours état inquiétant, figure très pâle, extrémités froides, pouls très petit, fuyant, entre 120 et 140. Langue sèche, soif vive. — Température aux abords de 38°, urine claire et abondante ; état local parfait, les drains sont changés et ne donnent issue qu'à un peu de sang et de sérosité. — Au 4e jour amélioration subite, le pouls redevient plus ample et moins fréquent, la température retombe à la normale. Ces phénomènes inquiétants provenaient sans doute de la résorption du contenu du k. au niveau de la plaie. — *Examen de la pièce.* Le rein, de volume presque normal, occupe le centre de la tumeur, entouré d'une véritable couronne de k., qui se sont développés en tous sens dans la substance corticale, au niveau des dernières ramifications artérielles. — L'uretère décrit une longue courbe le long d'un k. développé à l'extrémité inférieure de l'organe, il est tellement englobé dans la paroi du k. que pour l'en dégager il a fallu sculpter son trajet. — Dans le bassinet, une hydatide libre. A la partie supérieure du bassinet, un

orifice obturé par une grosse vésicule, s'ouvre dans un des kystes, dont le contenu est différent de celui des autres; il est grisâtre, sale au lieu d'être clair et limpide; ses parois sont tomentueuses, hérissées d'aspérités, comme villeuses. — Si on n'était point intervenu, certainement il y aurait eu à bref délai infection des voies urinaires.

Obs. 32. — CAS INÉDIT, communiqué par le **Professeur Bloch** de Copenhague. — *K. kydat. du rein gauche traité par néphrectomie. Guérison.*

Sigrid J., 50 ans, veuve, originaire d'Islande, constata par hasard il y a quelques mois la présence dans l'hypocondre gauche d'une tumeur de la grosseur du poing. Cette tumeur augmenta de volume sans provoquer de douleurs, et sans causer d'altérations au niveau des téguments. Mais au cours de ces six dernières semaines, la malade éprouva quelques douleurs qui, apparaissant au-dessous du rebord costal, gagnaient l'épigastre et la région lombaire. — Elle entra le 12 février 1903 dans le service du Professeur Bloch.

Examen. — Tumeur arrondie, du volume d'une tête d'enfant, indolore, fluctuante, à surface lisse. Elle ballotte d'une façon évidente, mais pourtant elle ne proémine pas d'elle-même dans la région lombaire. La percussion de la face antérieure de la tumeur donne un son tympanique. Elle est extraordinairement mobile; on peut la repousser jusque dans la fosse iliaque, par derrière les anses intestinales. Pas de frémissement hydatique. On pensa pourtant à la possibilité d'un k. hydat. du rein, attendu que la malade venait d'Islande.

A gauche hernie crurale réductible. La malade présentait aussi un abaissement de l'utérus qui remontait à de nombreuses années, et qui sous l'effet des fatigues s'était transformé en prolapsus. Ménopause depuis 18 ans. — Sténose assez prononcée de l'orifice mitral, et qui pourtant ne manifestait sa présence par aucun symptôme subjectif. — *14 février.* Dans les urines, recueillies dans des tubes stérilisés, quelques leucocytes et cellules épithéliales; ni cylindres, ni globules rouges. Beaucoup de bacilles en chaîne qui donnèrent sur agar-gélatine, le 19 février, des cocci. — Température toujours normale, le matin et le soir.

Opération, le 4 mars 1903. Anesthésie au chloroforme avec le masque d'Esmarch. Incision lombaire de Morris; la peau est blanche et dure. Lors de l'exérèse de la capsule fibro-adipeuse, il se produisit, non loin du rein, une forte hémorragie veineuse; on amène le rein au dehors de la plaie; sa face antérieure adhère assez fortement au péritoine. — La capsule incisée, on s'aperçoit qu'on

a affaire à un k. hydat.; à l'aide du doigt on extrait des lamelles calcifiées et aussi quelques hydatides à contenu clair : tout ceci fut mis dans des tubes stérilisés pour être examiné ultérieurement. — Le sac une fois vidé, fut amené davantage au dehors. Fortes adhérences au niveau du hile du rein. A l'aide du doigt entouré de gaze stérilisée on libère le rein successivement de toutes ses adhérences. A un moment le còlon et son péritoine se présentèrent dans la plaie. Les vaisseaux rénaux et l'uretère furent vus très nettement avant d'être sectionnés entre double ligature au catgut alcooli-phéniqué (Bloch). Ensuite on détruit encore quelques adhérences et on place deux ligatures. Le péritoine n'a été aucunement lésé. A l'aide de tampons de gaze stérilisée on nettoie la plaie dans la profondeur; on place un drain; tamponnement avec de la gaze iodoformée; sutures au catgut. Pansement à la gaze phéniquée et à l'ouate hydrophile stérilisée (Bloch).

L'opération a duré 28 minutes. On n'a employé que 3 centimètres cubes 1/2 de chloroforme, et la malade a parfaitement dormi. — *Suites.* La malade se leva le 24 mars; elle sortit le 29, sa plaie étant complètement cicatrisée.

Urines (opération le 4 mars) :

FÉVRIER	URÉE	DIURÈSE	POIDS SPÉCIFIQUE	MARS	URÉE	DIURÈSE	POIDS SPÉCIFIQUE
1	18gr30	1 275 c³	1 012	6	30gr10	1 240 c³	1 024
21	11 50	1 210	1 015	7	20 20	700	1 023
22	16 70	1 210	1 018	9	30 80	900	1 020
26	18 50	1 050	1 021	12	18 80	1 500	1 010
MARS				14	17 10	1 295	1 012
2	18 81	1 100	1 022	17	15 60	1 010	1 018
3	11 70	930	1 014	20	18 60	1 100	1 020
4	*18 07*	*1 280*	*1 022*	23	25 80	1 620	1 014
5	7 50	500	1 020	27	35 0/00	1 350	1 010

Examen de la pièce. — Le k., d'un volume considérable, est développé en avant du rein. De ce dernier il ne persiste que deux moignons, situés tous deux à la face postérieure du k.; le plus volumineux, placé tout à fait en haut, est long de 5 centimètres et large de 4; il surplombe un peu le pôle supérieur du k. Au premier aspect ce moignon semblait constitué de parenchyme normal, et l'examen microscopique qu'on fit ultérieurement montra que cette supposition était parfaitement fondée. — L'autre moignon, beaucoup plus petit, siège à la partie inférieure de la face postérieure du k. Ces deux moignons, nettement séparés l'un de l'autre, sont

pourtant réunis par un épaississement assez marqué de la paroi du k. à ce niveau. Les organes du hile et le bassinet sont également situés en arrière du k.; l'uretère s'abouche librement dans le bassinet, qui est intermédiaire aux deux moignons de parenchyme. Il n'existait aucune communication entre le bassinet et la cavité du k., ainsi qu'on s'en assura en cathétérisant l'uretère et en y injectant du liquide.

L'épaisseur et la souplesse de la paroi du k. varient suivant les points considérés; au niveau de l'incision du k., la paroi épaisse seulement de quelques millimètres a conservé sa souplesse. Mais en haut, au niveau du moignon rénal, on constate la présence de masses calcaires, épaisses de deux centimètres. De plus en d'autres points le k. est tapissé en dedans de masses jaunâtres dont l'épaisseur varie de 5 à 15 millimètres. Ces masses jaunâtres sont assez nombreuses. — Au cours de l'opération on avait recueilli dans des tubes stérilisés du liquide du k., des fragments de vésicules et des débris de lamelles calcifiées; les examens de laboratoire dénotèrent la présence de scolex et de crochets isolés, et l'absence complète de tout élément microbien.

B. — AVEC MORT

Obs. 33. — CAS INÉDIT, communiqué par le **Professeur agrégé Albarran.** — ***K. hydat. du rein droit. Néphrectomie lombaire. Mort en état de shock***[1].

Une femme, âgée de 45 ans, institutrice, est reçue le 18 mai 1903 dans le service du Professeur Guyon, salle Laugier. Elle présente dans le flanc droit une tumeur du volume d'une tête d'enfant environ, et dont le siège rénal fut aisément reconnu. La malade s'était aperçue de l'existence de cette tumeur, cinq ou six mois auparavant; elle venait consulter parce qu'elle était inquiète de l'accroissement rapide de la partie droite de son abdomen au cours de ces deux ou trois derniers mois, et parce qu'elle éprouvait dans le ventre une sensation continuelle de gêne, de pesanteur et de tiraillements, qu'aggravait la moindre fatigue. Du reste à part ceci, aucun symptôme. Pourtant l'état général de la malade laissait beaucoup à désirer; mais on ne trouva rien à l'examen consciencieux de tous les organes. Urines normales.

1. Cette observation ayant été perdue par un externe a dû être reconstituée, ce qui fait qu'elle manque peut-être de précision dans les détails. Mais malgré cet incident elle est rigoureusement conforme à la vérité.

On porta donc le diagnostic de tumeur du rein droit, sans qu'il fût possible d'en préciser autrement la nature, et sur la demande expresse de la malade on l'opéra le plus tôt possible, le 21 mai. M. Albarran intervint par voie lombaire; incision recto-curviligne de Guyon; on arriva sur le rein avec la plus grande facilité. On se rendit compte alors qu'il s'agissait d'une énorme tumeur kystique qui émanait du bord antérieur du rein droit, et qui remplissait de ce côté une grande partie de la cavité abdominale. Cette tumeur adhérait beaucoup à tout ce qui l'entourait, et notamment au péritoine; le rein semblait très atrophié. Par ponction on retira de la tumeur un liquide transparent comme de l'eau de roche; par incision on évacua complètement la poche, et on donna issue à une grande quantité de liquide, à d'assez nombreuses vésicules-filles dont certaines atteignaient le volume d'un œuf de poule; on enleva aussi plusieurs fragments de la membrane-mère. Il était de toute évidence qu'il s'agissait d'un k. hydatique du rein droit.

Maintenant que la poche était vidée, il était aisé de se rendre compte combien le rein était atrophié. D'autre part la poche kystique était très étendue. Aussi M. Albarran décida de faire la néphrectomie. C'était évidemment le seul parti à prendre : la marsupialisation ne pouvait servir de rien vu l'état du rein, et la grandeur de la cavité exposait à une suppuration interminable. Mais l'opération fut très difficile à cause des adhérences que présentait l'adventice avec tout ce qui l'entourait, notamment en avant. Au cours des manœuvres de libération, on dut ouvrir le péritoine avec des ciseaux; on ferma du reste immédiatement la cavité péritonéale, à l'aide d'un surjet. L'opération se termina au milieu d'énormes difficultés, mais sans incidents; pas d'hémorragies importantes, ligature du pédicule aisée, pas de déchirures d'organes à part l'ouverture qui fut faite volontairement au péritoine.

Durant les premières heures qui suivirent l'opération tout se passa bien, mais vers le soir la malade tomba dans un état de prostration accusée; pas de fièvre, aucun signe de réaction péritonéale; elle urinait de façon satisfaisante. Cet état s'accusa le lendemain, et malgré tous les moyens dont on fit usage, la malade mourut le 22 à 9 heures du soir, c'est-à-dire 36 heures après l'opération, en état de shock. L'abdomen avait conservé sa souplesse, n'avait été le siège d'aucune douleur ni spontanée, ni à la pression; d'autre part pas de fièvre. L'autopsie prouva du reste de façon évidente que la malade n'avait nullement succombé à des accidents périto-

néaux. La malade était morte de shock, shock consécutif aux très grandes difficultés rencontrées au cours de l'opération, et qu'on ne pouvait prévoir à l'avance. Notons aussi que l'état général de la malade laissait à désirer et qu'elle avait impérieusement réclamé l'intervention.

Examen de la pièce[1]. — Le rein, très réduit de volume, constitue un moignon de la grosseur d'un poing d'enfant. Le bassinet et les calices sont dilatés ; le parenchyme est considérablement diminué d'épaisseur. L'uretère s'abouche normalement dans le bassinet. En résumé le rein distendu et petit présente des lésions de dilatation ancienne.

Quand au k., il forme une énorme poche qui est placée en avant du rein. Le rein est situé par rapport au k. en haut, en arrière et en dehors, à l'union environ des 2/3 inférieurs avec le 1/3 supérieur. Le diamètre vertical de la poche est de 22 centimètres, et son diamètre transversal de 15 centimètres. Le k. est développé aux dépens du bord antérieur du rein droit, et il devait occuper de ce côté une grande partie de la cavité abdominale. En haut, le parenchyme rénal se prolonge un peu sur la face antérieure du k., constituant à ce niveau un épaississement d'un bon centimètre.

Indépendance absolue entre la cavité du k. et celle du rein. L'uretère descendait en arrière du sac. Les parois du k. ont une épaisseur à peu près uniforme, de 2 à 4 millimètres ; elles sont relativement souples ; pas d'indurations calcaires, ni de plaques jaunâtres sur sa surface interne.

III. — Néphrectomie par voie indéterminée.

A. — AVEC GUÉRISON

Obs. 34. — **Herczel Manó.** — *Nephrectomiaval gyogyitott vesechinococcus esete*. — Orvosi Hetilap, B. P. 1902, t. XLVI, p. 557. — (In Sebeszet B. P. 1901-1902, t. I, p. 34. — In Ungeir Medic. Press, B. P. 1902, t. VI, p. 557. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe, 1904, obs. 54, p. 873)[2].

F. 64 ans. — Dans sa famille pas de tuberculose, si ce n'est chez un enfant. Elle a eu dans son enfance les fièvres intermittentes ; autrement

1. Voir au chapitre de l'*Anatomie Pathologique* les deux planches qui donnent de cette pièce, une vue antérieure et une vue postérieure.

2. Le texte de cette observation nous a été adressé très aimablement par la Direction de l'Orvosi Hetilap. La traduction en a été faite par le Dr Rosenbaum de Paris. — *Traduction du titre* : Kyste hydatique du rein guéri par néphrectomie.

toujours bien portante. — Il y a 26 ans, elle eut une hématurie abondante qui dura trois jours, et qui depuis ne s'est plus reproduite. Elle est souffrante depuis décembre 1901 ; elle a maigri ; pas d'appétit, parfois des frissons. Depuis janvier 1902 douleurs dans la partie gauche du ventre ; la malade s'aperçut alors de la présence d'une tuméfaction dans cette même région, et c'est pourquoi elle vint consulter le 24 février 1902. — *Examen*. La malade a encore un certain embonpoint. Dans la partie gauche du ventre, tumeur du volume d'une tête d'enfant, un peu fluctuante, ballottante et suivant les mouvements du diaphragme. Saillie de la région lombaire. — Urines un peu troubles ; elles contiennent des phosphates ; 1 500 centimètres cubes par 24 heures ; densité 1 015 ; un peu de pus, et conséquemment un peu d'albumine. Dans le sédiment on ne trouve pas de bacille de Koch. Point de congélation, — 0,94. — Cathétérisme des uretères : l'urine qui s'écoule du rein droit est absolument claire ; l'uretère gauche ne peut être cathétérisé à cause de l'inflammation de la muqueuse. — *Diagnostic*. Tumeur kystique du rein.

Intervention le 10 avril 1902. Chloroformisation. On enlève la tumeur avec le rein ; le volume de la tumeur, la dégénérescence de l'atmosphère graisseuse du rein, et les adhérences, rendaient l'opération très difficile. Au cours de la libération de ces adhérences, le péritoine se déchira sur une grande étendue ; on ferma cette brèche à l'aide de 22 points de suture. Les vaisseaux du hile furent serrés avec des pinces qu'on enleva le 3e jour. Tamponnement de la plaie à la gaze stérilisée ; la plaie fut du reste suturée en grande partie. — *Suites* tout à fait apyrétiques. Mais faiblesse du cœur et arythmie, contre lesquelles on lutta durant les deux semaines qui suivirent l'opération, en faisant prendre à la malade du strophantus. La quantité d'urine au cours des 10 premiers jours varia de 500 à 600 centimètres cubes ; elle s'élève actuellement à 1 200. Densité, 1 014 à 1 026. — La malade augmente régulièrement de poids. État général bon. La plaie est maintenant réduite aux dimensions d'une noix. — *Examen de la pièce*. Le rein mesure suivant ses diamètres 23, 14 et 9 centimètres. Il est divisé, par un sillon, en une partie supérieure conique et une partie inférieure sphérique. La partie supérieure, cachée sous les côtes, adhère fortement au péritoine et présente une plaque calcaire longue de 8 centimètres et large de 6, sorte de carapace qui la recouvre ; cette plaque est dure comme de l'os et crie à la section. En dedans de la tumeur se trouve le rein atrophié et réduit à la moitié de son volume, mais présentant du parenchyme relativement sain. Cette partie de la pièce a bien la forme du rein ; on y distingue les vaisseaux sectionnés sur une longueur de 3 centimètres, et l'uretère est parfaitement visible sur la préparation. Au niveau de l'abouchement de l'uretère, calcul long de 5 centimètres et large de 2, du volume d'un pruneau et en forme de pipe. — Dans la tumeur, 2 100 centimètres cubes d'une sorte de mastic, au milieu duquel on trouva des vésicules hydatique dont la structure chitineuse fut manifestement reconnue.

Obs. 35. — **G.-E. Brewer.** — ***Hydatids of the kidney***. — Compt. Rend. Soc. Chir. de N.-Y. 23 avril 1902. — In Annals of Surgery, t. XXXVI, 1902, p. 449.

« K. hydat. probablement du rein. On envoie le sujet à l'hôpital avec le

diagnostic d'empyème. Un trocart enfoncé entre les 7e et 8e côtes à gauche ramène du pus. On constate à l'examen la présence d'une tumeur volumineuse dans la partie gauche de l'abdomen. — On pratique une incision dans les lombes et on évacue environ un gallon 1/2 de pus. — Le k. se remplit à nouveau. Au cours d'une opération ultérieure on l'enleva en même temps que le rein, avec lequel il était manifestement en connexion. A la suite de l'opération, le k. et le rein passèrent entre les mains des spectateurs et les pièces disparurent on ne sait comment. »

B. — AVEC MORT

Obs. 36. — **Peyrot.** — [*K. hydat. du rein droit. Vomissements d'hydat.*]. — Bull. et Mém. Soc. Chir. 1897, p. 428.

« Pauvre femme, qui après avoir présenté une tumeur du flanc droit, avait été prise de vomissements et avait vomi des poches hydatiques. Le diagnostic ne présentait donc point de difficultés. J'ouvris la poche hydatique, puis j'enlevai le rein atrophié dont elle dépendait. Je fis un drainage de la cavité laissée par l'extirpation du rein, et tout alla bien pendant 8 jours, mais au bout de ce temps, l'estomac se rompit dans cette cavité, une péritonite survint et la malade mourut. »

IV. — Néphrectomie (renseignements insuffisants).

Obs. 37. — Cas de **Billroth** rapporté par **Kirmisson.** — [*K. hydat. du rein traité par néphrectomie*]. — Kirmisson, Bull. et Mém. Soc. Chir. 1er février 1888, et 1897, p. 428. — In Gaz. des Hôpit. 1888, p. 137. — (In Alexinsky, loc. cit. p. 279. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe, 1904, obs. 104, p. 886)[1].

Le Professeur Kirmisson rapporte qu'il a vu à Vienne, en 1887, Billroth pratiquer chez une jeune fille une néphrectomie par voie transpéritonéale; le chirurgien viennois croyait avoir affaire à une tumeur maligne. Or ce rein était atteint de k. hydatique. Quand on reconnut l'erreur de diagnostic, le rein était déjà détaché de sa capsule et on fut forcé de l'enlever. « Or si le diagnostic avait été fait avant l'opération, ajoute Kirmisson, Billroth aurait pu choisir la voie lombaire, marsupialiser la poche hydatique et conserver le rein, ce qui certes eût mieux valu. »

1. Ce cas est rapporté par plusieurs auteurs, mais uniquement d'après ce qu'en dit Kirmisson. Nous avons tâché de retrouver l'observation de Billroth, qui du reste ne paraît pas avoir été publiée. Nous avons correspondu à ce sujet avec le Dr Ludwig von Schmarda, le distingué assistant du Professeur Hochenegg, successeur de Billroth dans la chaire de la IIe Clinique chirurgicale de Vienne. Le Dr von Schmarda a très aimablement fait les recherches que nous lui demandions; mais, faites sur des bases erronées par suite d'un malentendu, elles n'ont jusqu'ici donné aucun résultat. On les a reprises depuis; dans le cas où l'observation de Billroth serait retrouvée, nous la publierions dans le *Supplément*; prière au lecteur de s'y reporter. — Il est dit dans la Gaz. des Hôpit. 1888, p. 137, que Kirmisson fit allusion à ce cas dans la séance du 1er février 1888 de la Soc. de Chir., mais dans les Bull. de la Soc. de Chir., à la date indiquée, on ne trouve rien touchant cette observation (?!).

Roscher, dans son mémoire sur les k. hydat. du rein, cite un cas de Sendler qui aurait été traité par néphrectomie. Il s'agit d'un cas, qui a été communiqué par Sendler à la Société de médecine de Magdebourg le 20 mai 1897, et qui d'autre part est mentionné dans le *Muench. Medic. Wochenschr.* (*1897, p. 725*). Nous avons écrit au Dr Sendler, afin d'avoir des détails plus circonstanciés sur cette observation, *simplement mentionnée*, et dans le périodique indiqué plus haut, et dans le travail de Roscher. Le Dr Sendler nous a fort aimablement donné les renseignements que nous lui demandions; ce cas n'a jamais été traité par néphrectomie, mais par marsupialisation après résection large de l'adventice. Cette observation figure dans notre ouvrage sous le n° 189.

II

KYSTES HYDATIQUES DU REIN TRAITÉS PAR NÉPHRECTOMIE PARTIELLE

Nous serons très bref dans ce préambule ; nous nous contenterons de rappeler que dans le traitement des k. hydat. du rein, la néphrectomie partielle constitue un procédé véritablement de choix, et qu'on ne saurait trop recommander. Ainsi que nous l'avons déjà dit, *il s'agit d'un procédé élégant et radical, d'un procédé vraiment chirurgical, car il ne repose pas exclusivement sur l'anatomie, mais également sur la physiologie, et qui allie la chirurgie brillante à la chirurgie conservatrice.* Ce procédé est infiniment supérieur à la néphrectomie totale, dont on a parfois tendance à abuser, *et qui est en réalité un procédé d'exception.* D'autre part il est de beaucoup préférable à l'énucléation ; l'énucléation et la néphrectomie partielle se proposent en réalité le même but, qui est d'enlever le k. et de laisser en place la portion saine du rein, mais elles diffèrent par le mode d'exécution, et tandis que la résection partielle du rein est un procédé de choix, l'énucléation qui repose sur une incommensurable erreur d'anatomie pathologique constitue une méthode qu'on doit absolument rejeter de la pratique, à cause des hémorragies en nappe et de la dilacération du parenchyme qui sont la conséquence de manœuvres non réglées et illogiques [1].

Ce procédé si remarquable n'a pas été fréquemment employé. Nous en avons réuni 10 observations, dont 4 inédites : un cas du Dr Percy Furniwall qui nous a été communiqué par le Professeur H. Butlin de Londres (obs. 39), un cas du Professeur Crivelli de Melbourne (obs. 46), et enfin deux cas du Professeur Terrier (obs. 42 et 43). — M. Terrier préconise beaucoup ce procédé qui dans trois cas de k. hydat. du rein lui a donné les meilleurs résultats. Nous attirons l'attention du lecteur sur l'obs. 43, remarquable à un double point de vue : 1° par la recherche des éosinophiles ; c'est la première fois que cet examen a été pratiqué dans

1. Que le lecteur ait l'obligeance de se reporter à la partie didactique de cet ouvrage, au chapitre *Traitement*, ainsi qu'aux considérations placées en tête du chapitre I des Documents : *K. hydat. du rein traités par néphrectomie totale.*

un cas de k. hydat. du rein; — 2° par ce fait, que le k. n'était point polaire, mais situé à la partie moyenne du rein, condition évidemment défavorable à la néphrectomie partielle. La guérison pourtant a été parfaite.

Le cas de Bazy (obs. 38) est également intéressant; le bassinet fut ouvert au cours de l'opération, et *une des tranches du rein était mal vascularisée*; malgré cette circonstance défavorable au premier chef, le malade guérit très bien. — Dans un autre cas inédit du Professeur Terrier (obs. 42), le k. adhérait extrêmement à tout ce qui l'entourait; la résection du rein fut pratiquée sans ouverture du k. et avant libération complète de ce dernier. Le k. ne put du reste être enlevé complètement et dut être marsupialisé, après résection partielle de la fibreuse. Cette observation est également loin d'être dénuée d'intérêt.

Nous relevons, sur ces 10 observations, 2 cas suivis de mort : ceux de Spiegelberg (obs. 44) et de Jerosch (obs. 47). Mais il faut savoir que le cas de Spiegelberg remonte à 1867, et que l'opération s'effectua au milieu d'effroyables difficultés, et que dans le cas de Jerosch le rein où siégeait le k. était entièrement détruit, et que le rein opposé, était entièrement transformé en un sac fibreux [1].

Au point de vue de la fréquence suivant le sexe et le côté, les 10 cas qui constituent ce chapitre se répartissent ainsi :

	A dr.	à g.	total
Hommes.	2	1	3
Femmes.	6	1	7
	8	2	10

Dans ces 10 observations, le siège rénal du k. est authentique.

I. — Par voie transpéritonéale.

A. — AVEC GUÉRISON

1° Par laparotomie médiane.

Obs. 38. — **Bazy.** — ***Laparotomie pour k. hydat. du foie et du rein.*** — Bull. et Mém. Soc. Chir. 1901, p. 665, et 1902, p. 670. — (In *Sérapin*, loc. cit. Ann. de Chir. Russe 1898, n. I. — In *Alexinsky*, loc. cit., p. 120 Suppl. — In Champenois, th. Paris 1901, obs. 11, p. 79. — In Tabar, th. Lyon 1901, obs. 11, p. 51. — In *Bogoluboff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 65, p. 874).

H. 43 ans, entré le 4 mai 1899, dans le service de M. Bazy à Beaujon.

1. Prière au lecteur de se reporter à la note 8 de la page I des observations.

Intervention, le 12 mai. Incision médiane de 10 cm. environ qui sera ultérieurement prolongée, partant de l'appendice xiphoïde, et qui descendra finalement jusqu'à 2 cm. au-dessous de l'ombilic. L'abdomen ouvert, on voit la tumeur recouverte manifestement d'une mince lame de tissu hépatique. Ponction, issue de 1 750 gr. d'un liquide d'abord blanchâtre, puis teinté en jaune par de la bile. — On explore ensuite l'abdomen, et on trouve en arrière une grosse tumeur rétropéritonéale, qui paraît occuper la loge rénale droite. Ceci expliquait : 1° pourquoi cette première tumeur était si flasque alors qu'elle paraissait primitivement si volumineuse, puisqu'on pouvait la sentir dans le flanc droit débordant légèrement les fausses côtes, et ayant dans tous les cas repoussé fortement en dehors la paroi thoracique; — 2° pourquoi la vésicule biliaire était fortement refoulée à g. de la ligne médiane; on aurait pu penser que cette tumeur appartenait au lobe gauche du foie lorsqu'en réalité elle appartenait au lobe droit, refoulée qu'elle était vers la gauche par la tumeur postérieure.

Incision du péritoine qui recouvre la tumeur postérieure, ponction avec un très gros trocart, mais ce dernier est bouché par une membrane hydatique, et du fait de la tension de la poche une grande partie du liquide s'écoule tout autour de l'orifice. — Les parties voisines sont protégées par des compresses, et on éponge avec beaucoup de soin; néanmoins du liquide s'est peut-être répandu dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et peut-être aussi dans le péritoine. On recueille plus d'un litre de liquide eau de roche. On attire la poche à l'extérieur avec beaucoup de peine, et on voit qu'elle fait partie intégrante de la partie postérieure et supérieure du rein. Au cours de ces manœuvres, hémorragie semblant venir du hile, et qui aurait pu être abondante, si elle n'eût été immédiatement réprimée.

« On ouvre la poche qui contenait encore un peu de liquide hydatique; on enlève la membrane hydatique, on trouve un plan de clivage qui permet de décortiquer complètement cette poche, et on voit alors effectivement le rein découvert jusqu'au niveau du bassinet, car on voit là un calice. — Il reste toute la partie inférieure du rein. Le reste s'était étalé à la surface de la membrane adventice, et n'avait guère que 2 à 3 mm. d'épaisseur. Sur la poche ainsi enlevée, on voit un calice avec de la substance rénale tout à fait adhérente et inséparable de l'adventice. — La poche ouverte, la partie qui semble répondre au rein étalé, au lieu d'avoir sa face lisse et unie, a une surface interne chagrinée, et l'aspect d'une peau éléphantiasique. Le calice est perforé en un point et communique avec l'intérieur du k., mais il est probable que cette perforation est opératoire. — La partie du rein qui est étalée à la surface de la tumeur a une teinte feuille morte et ne saigne pas à la section. »

On se demande dans ces conditions, étant données l'ouverture du bassinet et cette teinte feuille morte de la partie supérieure de la portion restante du rein, s'il est prudent de la conserver. On se demande en outre si cette teinte particulière n'est pas le résultat du pincement d'une branche de l'artère rénale. Néanmoins la conservation est décidée : « 1° on rabat les deux moitiés du rein d'avant en arrière, l'une sur l'autre, par un point de catgut, après ligature de la branche de l'artère rénale pincée; — 2° on rabat en outre, par-dessus, du tissu fibreux condensé qui faisait

partie des parois du k. Cette membrane fibreuse est suturée au tissu du rein ». — Contre-ouverture lombaire pour faire passer un drain; — 3° on rabat sur le tout le péritoine qui recouvrait la face antérieure de la tumeur, mais sans le suturer [1].

On passe ensuite à la poche hépatique ; on la fixe après l'avoir attirée le plus possible au bord de l'incision abdominale; on l'ouvre et on retire la membrane-mère teintée par la bile. Deux gros drains. Surjet au catgut pour le péritoine et les muscles, surjet aux crins de Florence pour la peau. Pansement iodoformé. — *Suites* assez mouvementées, mais guérison complète. Jamais après l'opération il ne passa une goutte d'urine par la plaie lombaire, pas plus qu'il n'en passa dans le tissu cellulaire rétropéritonéal, ou même dans le péritoine.

Obs. 39. — CAS INÉDIT du D[r] **Percy Furniwall**, communiqué par le **Professeur H. Butlin** de Londres. — ***K. hydat. du rein droit traité par néphrectomie partielle. Guérison.***

N° 1729 du registre du London Hospital. — Edith R. âgée de 21 ans, admise le 30 août, sortie le 26 septembre 1903. Il y a six ans cette malade constata la présence dans son côté droit d'une tumeur qui persista durant quatre ans; elle augmenta progressivement de volume, et finit même par atteindre les dimensions d'une noix de coco, mais à un moment donné elle disparut en très peu de temps et d'une façon presque subite [2]. Il y a trois semaines, elle réapparut à nouveau, et atteignit très rapidement les dimensions maxima qu'elle présentait deux ans auparavant. — *Examen* de la malade lors de son entrée à l'hôpital. On constata dans la région lombaire et iliaque droite, la présence d'une tumeur kystique, du volume d'une noix de coco, nullement douloureuse, ne suivant pas les mouvements du diaphragme, mais facilement mobilisable. Cette tumeur était mate, et se trouvait séparée du foie par une zone tympanique; mais à aucun moment on ne put constater le passage du côlon sur sa face antérieure. La malade, dont l'état général était excellent, venait consulter uniquement à cause de la présence de cette tumeur qui la gênait un peu et l'inquiétait, quoiqu'elle ne fût aucunement douloureuse. On ne trouva absolument rien à l'examen des urines.

Diagnostic. Les signes physiques constatés au cours de l'examen faisaient penser à une tumeur rénale, et la réapparition de cette tumeur, après une brusque disparition, légitimait le diagnostic

1. Dans la séance de la Soc. de Chir. du 5 juin 1901, M. Bazy rapporte qu'il manquait un quart du rein, le quart post-sup.

2. Nous ne possédons malheureusement aucun détail sur les circonstances qui accompagnèrent cette brusque disparition de la tumeur.

d'hydronéphrose. — *Intervention.* Laparotomie médiane; il s'agissait d'une tumeur rétropéritonéale. Après avoir incisé le feuillet post. du péritoine, on constata qu'on avait affaire à une tumeur kystique, du volume d'une tête de fœtus à terme, et développée aux dépens du tiers inférieur du rein droit. Cet organe était du reste absolument normal dans ses deux tiers supérieurs. A l'aide du bistouri on sépara le k. du rein; les deux tranches rénales furent accolées et suturées au catgut. — *Suites* excellentes; guérison par première intention.

2° Par laparotomie latérale.

Obs. 40. — **Bogoluboff.** — *K. hydat. du rein droit. Néphrectomie partielle. Guérison.* — In B. loc. cit., Archiv. de Chir. Russe 1904, p. 824. — (In *Rasoumowsky,* loc. cit. Annales de Chirurgie Russe 1901, p. 318-341).

F. 26 ans, paysanne. Il y a 8 ans, elle constata, tout à fait par hasard, l'existence d'une petite tumeur sphérique au-dessous du rebord costal droit. Au début cette tumeur resta indolore, et n'augmenta pas de volume; mais dans la suite elle grossit, et commença à devenir douloureuse à la pression. — Elle devint même par moments le siège de douleurs spontanées, et dont l'intensité était parfois telle que la malade devait se mettre au lit. Aucun trouble du côté de l'appareil digestif. Mictions toujours régulières et urines normales. — *Examen.* Malade de petite taille, un peu amaigrie; tissu cellulaire sous-cutané peu abondant. Au-dessous du rebord costal droit, tumeur sphérique, du volume d'une tête d'adulte. Sa limite supérieure est à trois travers de doigt au dessous du rebord costal; en dedans elle atteint la ligne médiane; en dehors elle se perd dans la région lombaire. Elle présente une mobilité considérable, et on peut très facilement la refouler du côté gauche. Nettement fluctuante, mate, très douloureuse à la pression. — Rien ni au cœur, ni aux poumons. Pas de diagnostic précis.

Intervention, le 6 octobre 1898. Incision de 15 cm. sur le bord externe du grand droit. Le feuillet postérieur du péritoine recouvre la tumeur; on l'incise en dehors du côlon ascendant. — On ouvre la tumeur, et on en retire du liquide clair, des vésicules-filles et une vésicule-mère. On constate alors que ce k. est développé aux dépens de la partie supérieure du rein: toute la partie sous-jacente de l'organe, c'est-à-dire les trois quarts inférieurs, est saine. — A l'aide de sutures en masse on pratique la résection partielle du rein; on enlève la partie supérieure du rein, et la totalité du sac fibreux, à l'exception d'une très petite partie qui adhérait intimement au côlon, et qu'on préféra laisser, de crainte de nuire à la vascularisation de la paroi de l'intestin; ce petit segment du sac fibreux fut suturé dans la plaie extérieure. — L'endroit où siégeait la tumeur fut isolé du reste de la cavité péritonéale, en attirant les lèvres du feuillet postérieur du péritoine, et en les suturant respectivement dans la plaie aux lèvres du feuillet péritonéal antérieur. Drainage.

Examen de la pièce. La paroi du k. est intimement unie au sommet du rein, dont le parenchyme ne présente du reste aucune altération. Le tissu rénal repose immédiatement contre la paroi du k., constituée de tissu conjonctif. Entre les canalicules urinaires et les glomérules appliqués à la paroi du k., existent des îlots et des tractus de tissu conjonctif; aussi les canalicules et glomérules sont un peu comprimés et atrophiés. A une distance un peu plus considérable de la paroi du k., parenchyme normal avec canalicules et glomérules parfaitement conservés. — *Suites.* Élévation considérable de la température durant les deux premières semaines. Le soir de l'opération, température et pouls normaux : vive douleur dans la moitié droite du ventre. Durant la nuit quelques vomissements, le pouls devient un peu plus faible et plus fréquent, 100. — Le 7 octobre, pouls 110, pansement traversé, injection intraveineuse de 150 cm^3 de sérum physiologique ; deux vomissements. — Le 8, nouvelle injection intraveineuse, en petite quantité; pouls 100; état général meilleur. — Le 10 pansement, les tampons sont enlevés et remplacés par 2 drains; état général bon ; pouls 85. — Le 12 purgation. Le 13 pansement ; de l'urine coule par la plaie; dans l'angle inférieur de la plaie, on installe deux drains qui remontent jusqu'au rein; tamponnement de la plaie dans la profondeur à la gaze iodoformée. — Le 15 pansement; le 17 *idem*, état général bon, la cavité se rétrécit. — Le 20 octobre, pansement, écoulement considérable. Contre-ouverture lombaire au niveau du bord extérieur du rein; on y introduit un drain. — Le 18 novembre, sécrétion de la plaie insignifiante, cavité très diminuée. Le 22, la malade sort en très bon état avec une petite fistule antérieure.

Actuellement, c'est-à-dire 6 ans après l'opération, la malade est en bonne santé; elle a eu deux enfants.

Obs. 41. — **Terrier.** — ***K. hydat. du rein droit. Ablation du k. avec résection conservatrice du rein.*** — Bull. et Mém. Soc. Chir. 1902, p. 666-670 [1].

F. 34 ans, entrée à la Pitié le 3 mai 1902. — Depuis un an, augmentation de volume du ventre; depuis 8 mois, elle perçoit dans l'hypocondre droit une tuméfaction arrondie, dont elle a pu suivre elle-même le développement régulier et successif. Santé générale restée bonne, pas d'amaigrissement, appétit capricieux, mais dégoût très marqué pour les graisses. Réglée à 13 ans, pendant 3 mois; réglée de nouveau à 17, et depuis très irrégulièrement. Pas de pertes blanches, pas de grossesse. — Syphilis il y a 3 ans. — *Examen.* Voussure très nette de tout l'hypocondre droit, mais sans élargissement de la base du thorax. Tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, lisse, arrondie, rénitente, à contenu manifestement liquide, régulière, en contact avec la paroi abdominale antérieure. Aucune bande de sonorité, ni au-devant de la tumeur, ni entre la tumeur et le foie. Elle descend en bas à 5 cm. au-dessous de la ligne ombilicale, en dedans elle dépasse la ligne médiane de 3 cm., en haut elle est nettement distincte du bord inférieur du foie : les doigts recourbés en crochets parviennent, surtout au niveau de l'épigastre, à saisir et à soulever en quelque sorte le bord tranchant du foie, et l'on constate que

1. Observation prise par le Professeur agrégé Gosset.

la tumeur s'engage sous la glande, mais en reste distincte. En arrière contact lombaire; on obtient facilement le ballottement. — Pas de frémissement hydatique. — Jamais aucun trouble urinaire, sauf depuis un an : un peu de fréquence de miction (7 à 8 par jour), et des besoins assez impérieux d'uriner. Jamais aucune modification des urines. — La malade avait un chien de berger se nourrissant chaque jour de viscères de mouton aux abattoirs. — *Diagnostic.* K. hydat. de la face inférieure du foie. L'absence de sonorité au-devant de la tumeur fit éliminer le siège rénal; quant au contact lombaire et au ballottement, on sait qu'ils existent aussi bien dans les tumeurs du foie que dans celles du rein.

Intervention, le 14 mai 1902. Chloroformisation. Laparotomie latérale à droite sur le bord externe du droit, du rebord costal au niveau de l'ombilic. Après incision du péritoine pariétal, on arrive sur le k. qui est rétropéritonéal. Le côlon décrit son angle droit tout à fait au pôle inférieur de la tumeur, sans remonter sur sa face antérieure. Au-dessus de la tumeur, la recouvrant en partie, on trouve le bord antérieur du foie, mais sans aucune connexion svec la tumeur. On ne voit pas la vésicule biliaire. — Incision verticale du mésocôlon transverse sur 6 cm.; décollement du péritoine à droite et à gauche, on en repère soigneusement les lèvres à l'aide de pinces plates. La poche apparaît tendue, lisse, grisâtre, très peu vasculaire. Par ponction aspiratrice, on ramène 800 gr. de liquide eau de roche. On obture le trou de ponction à l'aide d'une pince à k., et on exerce des tractions. Décortication méthodique de la poche, hémorragie insignifiante; on la dégage en bas, en dehors, puis en dedans. — En amenant cette poche de plus en plus au dehors, on constate bientôt qu'elle entraîne à sa suite le rein dr. lui-même. Le k. est donc développé au niveau du pôle inférieur du rein, sous la capsule propre, mais paraissant assez distinct du tissu rénal. — Au rein qui présente sa forme et sa couleur habituelle, est appendu inférieurement le k. qui est d'un volume beaucoup plus considérable.

Suivant la capsule propre du rein, au niveau du point d'implantation de la tumeur, on constate que l'extirpation du k. sera possible tout en conservant le rein. Il n'y a point à proprement parler de plan de clivage entre le k. et le parenchyme; mais grâce à la compression digitale du pédicule, on pratique sans hémorragie l'amputation du pôle inférieur du rein. — On continue cette compression, et on passe à travers le parenchyme 3 fils de soie; entre ces fils on en place d'autres plus fins qui prennent seulement la capsule fibreuse; cette capsule épaisse, facile à suturer, constitue un plan de soutènement pour la première suture. On cesse la compression du pédicule, la ligne de suture est étanche. — On s'assure de l'intégrité du pédicule vasculaire; on lie une petite artériole à sa face postérieure. On rentre le rein dans sa loge; l'uretère n'a point été vu au cours de l'opération. — Sutures de la paroi en 3 plans; drainage. — Durée une heure. — *Suites.* Simples. Durant deux jours, un peu de sang dans les urines. — Le 23 mai, division avec l'appareil de Luys; en 15 minutes, 2 cm^3 à droite (rein malade), et 4 à gauche; l'urine du rein malade est un peu moins colorée et contient un peu d'albumine.

La malade sort à la fin de mai tout à fait guérie.

Obs. 42. — CAS INÉDIT communiqué par le **Professeur Terrier**. — ***K. hydat. du rein droit traité par néphrectomie partielle; guérison*** [1].

C. Georges, 18 ans, doreur sur bois. Entre à la Pitié, chez le Professeur Terrier, salle Michon le 6 novembre 1902 pour y être opéré d'un k. kydat. diagnostiqué en ville, à la suite de phénomènes douloureux ressentis dans le côté droit le mois précédent. — Il y a un mois, le malade fut pris subitement, au niveau de l'hypocondre dr. d'un violent point de côté, qui dura trois jours et céda à l'application de ventouses. Pas de fièvre, pas de frissons, aucun trouble digestif; pas d'ictère. En résumé, à part le point de côté, rien à noter.

Examen le 6 novembre. Le malade, d'apparence vigoureuse, n'accuse aucun trouble fonctionnel; notamment aucun trouble digestif, pas de dégoût des graisses, pas la moindre gêne dans l'hypocondre droit. Il n'a jamais eu d'urticaire. Il vient uniquement à l'hôpital, dit-il, parce qu'on l'y a envoyé. On constate à l'inspection un élargissement notable du rebord du thorax, surtout à droite; de ce côté la région costale inférieure et l'hypocondre font saillie en avant. Au palper, défense musculaire marquée à droite; à la palpation profonde, on délimite assez difficilement dans l'hypocondre une tumeur régulière, lisse, du volume d'une tête fœtale, se confondant en haut avec le bord inférieur du foie. — Elle est limitée en dedans par la ligne médiane, en bas par une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite; en dehors par une ligne parallèle à l'arcade crurale, distante de celle-ci d'un travers de main et coupant la précédente. A la palpation bimanuelle, ballottement évident et contact lombaire. — La matité de la tumeur se confond en haut avec celle du foie; en bas elle tranche avec la sonorité intestinale, pas de trémissement hydatique. Les autres appareils sont normaux, sauf le poumon droit : au sommet, murmure vésiculaire affaibli dans la portion externe de la fosse sus-épineuse; respiration soufflante, en dedans, près du rachis. A la base droite quelques frottements pleuraux.

Antécédents personnels. Le malade dans son enfance aurait eu la fièvre typhoïde et présenté des troubles intestinaux; mais il ne donne à ce sujet aucun renseignement précis. Il y a un an il a eu une bronchite aiguë : depuis ce moment il a spontanément, sans toux, quelques crachats hémoptoïques le matin. *Diagnostic.* k. hydat. antéro-supérieur du foie. Aucun motif d'infestation manifeste; le

1. Observation prise par le Professeur agrégé Gosset.

malade n'a pas de chien; son alimentation est normale. Cependant il y a deux ans, durant trois mois il aurait mangé chaque matin des radis non lavés.

Intervention le 10 novembre par le Professeur Terrier, assisté de MM. Gosset et Sauvé; chloroformisateur M. Boureau. Laparotomie latérale sur le bord interne du droit, étendue de 2 centimètres au-dessous du rebord, costal à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. Découverte de la face antérieure du k. caché par le feuillet péritonéal postérieur, et portant transversalement en écharpe le côlon transverse. Une ponction aspiratrice faite avec l'appareil de Potain ramène 50 cm^3 de liquide hydatique; près du point d'aspiration, avec une seringue spéciale, injection de 10 cm^3 d'une solution de bichlorure de mercure à 1/1000. Après 3 minutes d'attente, pour donner au liquide parasiticide le temps d'agir, on retire par aspiration le reste du liquide hydat., environ 2 500 grammes. Fermeture des orifices de ponction à l'aide de pinces. — Incision du feuillet péritonéal, abaissement du côlon transverse. Décollement du k. qui adhère au foie, et déplace cet organe à gauche. En haut et en arrière, très fortes adhérences rattachant le k. au diaphragme; mais ce k. n'appartient pas au foie. En bas, d'autres adhérences solides maintiennent le k. appliqué au pôle supérieur du rein droit. — La décortication est très pénible; du côté du diaphragme libération des adhérences au bistouri sans ouverture du k. On est forcé de réséquer le tiers supérieur du rein; cette section est faite après compression du pédicule du rein. Hémostase de la corne supérieure; on place 5 fils de soie fine modérément tendus; mais en arrière, du côté des veines rénales, petite hémorragie que deux ligatures arrêtent facilement. — Extirpation de la membrane fertile, après essai de décortication complète de la poche en arrière; résection de l'adventice (il s'agit d'un k. uniloculaire), marsupialisation à la paroi après rétrécissement de l'ouverture de la poche.

L'opération faite, il reste une poche pédiculisée, et à la partie inférieure de cette poche se trouve le rein qui est suturé et qui lui adhère en partie. On place deux drains, un drain inférieur dans la poche marsupialisée, et un supérieur qui se dirige vers l'atmosphère cellulo-graisseuse. — Suture de la paroi en 3 plans; durée, 107 minutes; chloroforme, 84 centimètres cubes. — *Suites* absolument normales et apyrétiques; pas d'écoulement au niveau des drains qui furent rapidement enlevés. — *Examen des urines* le surlendemain de l'opération : quantité 1 600 grammes, réaction

légèrement acide, densité 1 020, urée 17 gr. 50 par litre, ni sucre, ni albumine.

Le malade sortit 20 jours après l'opération, parfaitement guéri.

Obs. 43. — CAS INÉDIT communiqué par le **Professeur Terrier.** — *K. hydat. du rein gauche traité par néphrectomie partielle; guérison* [1].

Étienne R..., âgé de 45 ans, marchand de quatre-saisons, entre à la Pitié dans le service du Professeur Terrier, le 10 mars 1905 pour une tumeur abdominale du côté gauche, reconnue par les médecins qui avaient déjà eu occasion de l'examiner. Le malade raconte qu'il eut, il y a 25 ans, une crise de douleurs abdominales dans la région lombaire gauche, mais sans aucune irradiation, et sans la moindre modification des urines. Cette crise dura une heure environ. Durant les cinq années qui suivirent, le malade éprouva périodiquement, chaque année et à peu près à la même époque, des symptômes absolument identiques. — En 1893, à l'âge de 33 ans, il fut soigné à la Pitié pour une congestion pulmonaire; il eut alors une nouvelle crise. Il fut ensuite 8 ans sans souffrir. Mais à partir de l'âge de 41 ans, il eut de nouveau une crise par année. Il atténuait ses souffrances en absorbant du sirop de morphine.

Il y a trois semaines environ, nouvelle crise; depuis le début de cette crise, le malade éprouve une sensation de gène continuelle dans la région lombaire gauche, avec de temps à autre des paroxysmes beaucoup plus douloureux; mais il ne souffre pas en urinant. Ses urines sont très claires et abondantes, et n'ont jamais renfermé ni pus, ni sang, ni quoi que ce soit d'anormal. Il raconte que depuis quelque temps il a un peu maigri. Jamais avant d'être examiné par un médecin, le malade ne s'était aperçu de l'existence d'une tumeur dans son flanc gauche.

Examen de la tumeur. A l'inspection on constate une voussure assez nette de l'hypocondre gauche. — A la palpation, suivant le procédé de M. Guyon, on saisit dans cette région une tumeur entre les deux mains : tumeur grosse comme une tête d'enfant, de consistance ferme, régulièrement arrondie, un peu allongée dans le sens vertical, remontant beaucoup sous les fausses côtes, présentant le contact lombaire. Passablement mobile dans le sens antéro-postérieur, elle descend légèrement quand le malade passe de la position couchée à la position debout. Elle est lisse, un peu réni-

1. Cette observation a été prise par notre ami M. Mathieu, interne du Prof. Terrier.

tente lorsqu'on la déprime. Elle n'est point douloureuse, sauf en arrière et en bas. — A la percussion, la tumeur étant repoussée en avant, contre la paroi abdominale, on constate de la matité au niveau de celle-ci. — Pas d'hypertrophie de la rate à la percussion. — Petite hernie inguinale droite.

Examen de l'appareil respiratoire. Le malade tousse un peu : à l'auscultation, de gros râles sibilants dans toute la hauteur en avant et en arrière, et quelques râles à gauche. — *Examen de l'appareil circulatoire.* Rien au cœur. — *Antécédents héréditaires.* Père mort à 68 ans de congestion pulmonaire, mère âgée de 60 ans bien portante. Deux frères et deux sœurs; un frère mort à 37 ans d'accidents saturnins. — *Antécédents personnels.* A eu six enfants, dont deux morts en bas âge, et quatre vivants et bien portants. Il a eu à 29 ans une fluxion de poitrine, à 31 ans une fièvre typhoïde, et à 33 ans deux congestions pulmonaires.

En présence de ces faits, on pensa pour compléter l'examen :

1° A faire la séparation des urines. Mais l'étroitesse du méat fut un obstacle à l'exécution *immédiate* de ce projet;

2° A faire l'insufflation de l'estomac et du côlon, pour voir les modifications des rapports de la tumeur après ces insufflations.

3° A faire l'examen du sang.

Le temps manqua, et on ne put faire les deux premières explorations avant l'opération. Mais on fit par contre deux examens du sang, qui ne révélèrent qu'un fait, mais fait très important, l'éosinophilie. — Dans le premier examen on trouva 5 p. 100 d'éosinophiles, et dans le deuxième 3 p. 100. M. Beaujard interne, en médecine, a très obligeamment vérifié les résultats de ces numérations.

L'examen du sang du malade a été pratiqué deux fois et a donné les résultats suivants :

	Séance du 14 mars.	Séance du 17 mars.
Globules rouges	3 450 000	
Globules blancs	11 700	
Pourcentage des globules blancs :		
Polynucléaires	76,3 p. 100	87 p. 100
Grands mononucléaires	1,7 —	4 —
Mononucléaires	90 —	3 —
Lymphocytes	7,0 —	3 —
Éosinophiles	5,0 —	3 —

En somme augmentation légère du nombre des polynucléaires et surtout des éosinophiles.

Cette éosinophilie a été signalée depuis quelques années comme un symptôme d'affections parasitaires très diverses : ankylostomiase, oxyures, ascarides, tænias, filariose, ladrerie et enfin échinococcose.

Voici différents résultats d'examen du sang chez des malades atteints de k. hydat.

L'éosinophilie a atteint		7 à 20 p. 100	dans un cas de		Memmi.
—	—	40	—	—	Achard et Clerc.
—	—	57	—	—	Seligman et Dudgeon.
—	—	12	—	—	Dargem et Triboudeau.
—	—	10	—	—	Achard et Laubry.

Mais le plus souvent l'éosinophilie est modérée et atteint 5 p. 100 (Tuffier et Milian), 4 p. 100 (Marcel Labbé).

Il faut dire par contre que l'éosinophilie a pu faire défaut complètement dans des cas de k. hydatiques : un cas de Bezançon et Weil, un cas de Gouraud.

Certains auteurs ont cherché à produire une éosinophilie expérimentale, en injectant des productions parasitaires à des animaux. C'est ainsi que le liquide des tumeurs d'un cas de ladrerie a produit une éosinophilie de 3 p. 100 (Achard et Lœper), que le liquide d'un k. hydatique a donné une éosinophilie également de 3 p. 100 (Achard et Laubry, Memmi). Il faut ajouter que Bezançon et Weil n'ont rien obtenu en injectant du liquide hydatique à 4 cobayes.

Le mécanisme de production de l'éosinophilie, les conditions exactes de cette production sont en somme mal connus à l'heure actuelle. L'éosinophilie n'en constitue pas moins un signe de probabilité d'une certaine valeur dans le cas où l'on soupçonne l'existence d'une tumeur parasitaire. Mais elle est symptomatique du parasitisme et non spécifique de l'échinococcose : ainsi l'éosinophilie peut parfaitement être causée par un parasite autre que l'échinocoque, c'est là un point dont le clinicien doit se souvenir. Une simple angine est d'ailleurs susceptible d'occasionner cette même réaction hématologique. Ce sont des causes d'erreurs, dont il faut être prévenu.

Il s'agissait bien vraisemblablement d'une tumeur du rein gauche. Sur les résultats importants donnés par l'examen du sang, et vu la longue évolution et le caractère bénin de la tumeur, le Professeur Terrier pensa à la possibilité d'un k. hydat. du rein, d'autant plus qu'en l'espace de 2 ans, il avait eu occasion d'observer et d'opérer deux cas de cette localisation pourtant si rare de l'échinococcose.

Opération le 18 mars 1905, par le Professeur Terrier, assisté du

Professeur agrégé Gosset et de M. Mathieu, interne du service. — Incision sur le bord externe du muscle droit du côté gauche, longue de 20 centimètres. — On place un billot sous les reins, le malade étant couché sur le dos. La tumeur est rétropéritonéale, et fait saillie en dedans du côlon descendant. Après incision du feuillet post. du péritoine, on voit qu'elle se compose de deux parties, du rein et d'une tuméfaction, qui émane de la partie moyenne du bord convexe de cet organe. — On décortique la tumeur, et on la ponctionne : le trocart ne laisse passer que quelques gouttes d'un liquide trouble, puis se bouche. Une hydatide sort par le trou de ponction, aussitôt qu'on retire le trocart.

On énuclée le rein, on l'amène au dehors, et on ouvre largement le k. du volume d'un gros poing, et bourré d'hydatides qui sortent avec force. Ce k. fend le rein transversalement, il en occupe toute la partie moyenne; on enlève facilement la membrane-mère.

On rend ainsi largement béant le bassinet. Le k. avant l'opération n'était point ouvert dans le bassinet. Mais cette complication était imminente et n'aurait guère tardé à se produire, vu l'extrême minceur des tissus qui séparaient le k. du bassinet. Une hémorragie assez importante, veineuse et artérielle, se produit à ce moment; un aide comprime le pédicule du rein, et l'on place des ligatures directes au catgut n° 1 sur la tranche rénale (6 ligatures). On fait au catgut n° 2 les sutures transversales du rein, sauf au niveau du bord externe de l'organe. Dans l'interstice, à ce niveau, on met une mèche aseptique destinée à être remplacée plus tard par un drain. Hémostase. On rentre le rein dans sa loge. — Suture à la soie fine du péritoine prérénal et pariétal; on laisse passer la mèche de drainage à la partie moyenne de l'incision. Fermeture de la paroi abdominale, au-dessus et au-dessous de la mèche.

Diagnostic anatomique. — K. hydat. de la partie moyenne du rein, dont l'origine et le développement étaient manifestement intrarénals.

Quantité de chloroforme, administré avec l'appareil de Ricard, 32 centimètres cubes.

Durée de l'opération, 65 minutes.

Durée totale, 80 minutes.

Suites. Les suites furent apyrétiques : le soir de l'opération 37°, le lendemain (19 mars), 38° et 37°,09; puis température oscillant entre 36°,6 et 36°,8, jusqu'au 4 avril. A ce jour 37° et 38°,2 : le 5 avril, 38°,4 et 37°,8 : pas de cause nette capable d'expliquer cette élévation de température, du reste sans importance et passagère. La température se maintint ensuite entre 36°,6 et 36°,8. — *In-*

jections sous-cutanées de sérum : 1 000 grammes le jour de l'opération, 500 grammes le lendemain et autant le surlendemain. — *Pansements* quotidiens : le surlendemain la mèche est remplacée par un drain ; la mèche fut retirée légèrement humectée. Durant une dizaine de jours, il sortit par la plaie une quantité d'urine minime et très peu colorée. Ablation des fils le 25 mars, et du drain le 30. — *Émission des urines.* 500 grammes le *19*, — 1 000 le *20*, — 1 500 le *21*, — 1 250 le *22*, — 750 le *23*, — 1 000 le *24* et le *25*, — 2 000 le *26*, — 1 725 le *27*, — 1 500 le *28*, — 1 225 le *29*, — 1 530 le *30*, — 1 225 le *31 mars*, le *1er* et le *2 avril*, — 1 000 le *3* et le *4*, — 725 le *5*, — 1500 le *6*, — 1 725 le *7*, — 2 500 le *8*, — 2 000 le *9*, — 1 700 le *10*, — 2 000 le *11*, — 1 500 le *12*, — 1 700 le *13*.

Le malade sortit le 15 avril, moins d'un mois après l'opération, guéri et sans fistule. Les suites furent donc excellentes et la guérison rapide. Ce cas est extrêmement intéressant, car il montre que ce serait un tort de ne vouloir pratiquer la résection partielle du rein que dans les k. polaires; dans cette observation le k. tout voisin du bassinet était développé au milieu du bord convexe, et avait séparé le rein en deux segments : cette disposition anatomique rendait évidemment la résection partielle plus difficile, mais non impossible, ainsi que le prouve péremptoirement la lecture de cette observation. — Notons aussi qu'on ne pouvait guère traiter ce cas par une autre méthode : faire une néphrectomie totale eût été une idée malencontreuse, attendu que le rein quoique disloqué était absolument normal. Et d'autre part le k. était séparé du bassinet par une épaisseur si minime, que si on avait marsupialisé, on se serait exposé presque fatalement à perforer le k. au cours des manœuvres opératoires (ce qui du reste arriva à M. Terrier quand il enleva la membrane-mère) ; ou en tout cas on courait le risque de voir cette communication s'établir après l'opération. Or la communication d'un k. marsupialisé avec les voies urinaires, est évidemment défavorable; la cicatrisation de la poche risque d'être retardée, et les voies urinaires risquent d'être infectées.

B. — AVEC MORT[1]

Obs. 44. — O. Spiegelberg. — *Echinococcus der rechten Niere. Verwechslung mit Ovarialkystom. Exstirpation Tod.* — Archiv. f. Gynäk. 1870, p. 146. — (In Archiv. gén. de Méd. 1870, t. II, p. 534. — In Schmidt's Jahrb. 1870, t. CXLVI, p. 292. — In Simon, loc. cit. obs. 8, p. 71. — In *Neisser*, loc. cit. obs. 475. — In Lamer,

1. Par laparotomie médiane.

th. Paris 1880, obs. 8, p. 69. — In P. Wagner, loc. cit. Deuts. Zeitsch. f. Chir., t. XXIV, 1886, p. 553. — In Bœkel, loc. cit. obs. 5, p. 66. — In *Meier-Sonntag.* Inaug. diss. Halle, 1889, obs. 65, p. 60. — In *Braillon*, th. Paris 1894, obs. III, 54. — In Wüthrich, Inaug. Diss. Zurich 1898, obs. 9, p. 20. — In Roscher, Inaug. Diss. Freiburg 1898, obs. 55, p. 66. — In *Sérapin*, loc. cit. Ann. de Chir. russe 1898, p. 1. — In *Alexinsky*, loc. cit., p. 275).

F. 42 ans, a eu 6 enfants, le dernier il y a 3 ans 1/2. Elle remarqua il y a 15 mois, dans l'hypogastre à droite, la présence d'une tumeur, qui depuis a augmenté graduellement de volume. Les règles retardent; la malade se plaint d'un amaigrissement progressif; pas d'autres troubles. — *Examen.* Femme de taille moyenne, maigre, autrement bon aspect. Dans l'abdomen, à droite, tumeur du volume d'une tête d'adulte, mobile latéralement, élastique, manifestement fluctuante à sa partie supérieure; contours irréguliers; elle mesure 33 cm. en hauteur, et transversalement 33 cm. dans sa partie supérieure, et 25 dans sa partie inférieure; circonférence de l'abdomen 84 cm. : de l'ombilic à chacune des deux épines iliaques 18 cm. La tumeur atteint le rebord costal. On obtient par la percussion les mêmes données que s'il s'agissait d'une tumeur ovarienne; l'intestin est placé en arrière et latéralement par rapport au k., qui est situé immédiatement derrière la paroi du côté droit, et qui s'étend à gauche un peu au delà de la ligne médiane. — Une partie de la tumeur qu'on perçoit aisément par le vagin, occupe le segment antérieur du détroit supérieur; l'utérus est abaissé et légèrement porté à gauche; 10 cm. à l'hystéromètre. La tumeur siège audessus et en avant du fond de l'utérus, dont elle est du reste indépendante. Rien aux autres organes; urines normales.

Intervention, le 26 juilet 1867. Laparotomie médiane de 8 cm. s'arrêtant à 4 cm. du pubis; les parois abdominales sont amincies. Le k. apparaît derrière la plaie; il s'écoule un peu de sérosité péritonéale. Ponction du k., fort jet d'un liquide clair, incolore et limpide, faisant aussitôt penser à une erreur de diagnostic. — On ne peut attirer le k., à cause des adhérences qu'il présente de toutes parts avec l'intestin; l'épiploon recouvre les anses intestinales les plus élevées; après de nombreuses ligatures, on libère peu à peu la tumeur de l'intestin. Puis on incise le sac sur la longueur du doigt : on aperçoit deux membranes manifestement hydatiques, et qui s'enroulent. On constate alors que le k. est entouré circulairement de mésos : à droite par ceux du gros intestin et du cæcum, à gauche par celui de l'intestin grêle; il n'y a de libre que la portion correspondant à l'incision. Il s'agit donc d'un k. rétropéritonéal : on décide de l'enlever. — Au cours de la libération de la tumeur et de ces mésos, très nombreuses ligatures, surtout veineuses; quelques vaisseaux de fort calibre. — Finalement le k. est entièrement libéré de ses adhérences, à l'exception d'une petite portion à droite et en haut, où la paroi du k. se transforme en une masse parenchymateuse, épaissie et vascularisée; pas de gros vaisseaux. — En introduisant la main dans l'abdomen, on se rend compte que cette masse appartient au rein droit, en même temps qu'on constate l'intégrité de l'utérus et de ses annexes.

On incise le k. suivant sa longueur, on le divise en deux parties, et on

attire son pédicule dans la plaie ; on en résèque la partie gauche après l'avoir lié à sa base. En attirant la partie droite, on peut atteindre le hile du rein ; la ligature et la résection de cette partie paraissent impossibles, car l'intestin adhère intimement à ce qui reste du parenchyme, et ces adhérences sont sillonnées d'un nombre extraordinaire de gros vaisseaux. — On ligature alors en trois segments cette portion parenchymateuse, et on parvient à extirper complètement le k. On fixe à la partie la plus élevée de la plaie ce qui reste du rein. Après avoir lié rapidement 22 vaisseaux, on enlève de l'abdomen le sang coagulé, on lave l'intestin à l'eau chaude, et on le remet en place derrière l'épiploon. Suture de la paroi, 4 fils métalliques, dans la profondeur, 5 points séparés à la surface ; les fils du rein sortent par la partie supérieure de la plaie. Pansement. Durée, 90 minutes. — *Suites*. Réveil rapide, pouls petit 100, temp. 36°,2 ; mauvais facies, mais sensation de bien-être ; grande soif. Dans la nuit le collapsus s'accuse ; 37°,1 le matin, pouls 160 ; pleine connaissance, collapsus rapide ; mort 26 heures après l'opération, en pleine connaissance.

Examen de la pièce. — Waldeyer trouva dans le liquide de nombreux scolex ; quelques-uns étaient encore attachés à la capsule germinative par de minces pédicules ; au 2e jour de l'examen ils étaient parfaitement vivants et mobiles ; on trouva aussi des crochets isolés. — Les membranes lisses et enroulées appartenaient à une grande membrane hydat. ; il était aisé de les dissocier en une série de lamelles superposées ; pas de végétations à leur face interne. — Le sac extirpé, constitué de tissu conjonctif dur, représentait l'adventice. La portion de parenchyme enlevé, longue de 4 cm., large de 3 et épaisse de 1, correspondait à la partie supérieure du rein droit ; elle était contiguë à la partie la plus mince du sac (1 mm.) ; celui-ci était revêtu de la capsule fibreuse du rein épaissie.

Le parenchyme rénal était assez dur, et présentait presque la consistance du cuir ; prolifération du tissu conjonctif ; les canalicules urinaires étaient pourtant bien conservés.

Autopsie. Dans la partie droite de l'abdomen les intestins sont ecchymotiques sur presque toute leur étendue. Le côlon ascendant est complètement dépouillé de son péritoine, sa musculeuse est à vif, franchement ecchymotique, et porte de nombreuses traces de ligature. Autour du cæcum, 1 500 grammes environ d'un liquide sanguinolent. Le pédicule du k. où se trouvent les principales ligatures correspond à la partie inférieure du rein droit. L'uretère est dénudé de son tissu conjonctif sur une longueur de 8 cm. ; les ligatures des vaisseaux rénaux ont bien tenu. Le duodénum dénudé présente des ecchymoses comme le côlon ascendant. La muqueuse du gros intestin (dans la région opératoire) est de coloration brun pâle, avec çà et là des ecchymoses ; un peu plus bas, ainsi que dans la partie inférieure de l'intestin grêle, les follicules sont passablement tuméfiés. — Utérus rétrofléchi et dévié à gauche ; on y trouve un polype gros comme une noisette. Atrophie des deux ovaires. — Rien de particulier dans les autres organes.

II. — Par voie extrapéritonéale.

A. — AVEC GUÉRISON

Obs. 45. — **Kümmel**. — [***K. hydat. du rein droit néphrectomie partielle guérison***]. — In K. loc. cit. in Verhandl. der deutsch. Gesellschaft f. Chir., XXIIe Congrès, Berlin, 12-15 avril 1893, p. 152-154. — In K., loc. cit. Archiv. f. Clin. Chir. 1893, XLVI, p. 316-318. — (In Gervais de Rouville, th. Paris 1894, obs. 13, p. 71. — In Roscher, Inaug. Diss. Freiburg 1898, obs. 99, p. 106. — In Kümmel et Kumpel, loc. cit. Beitr. z. Klin. Chir., t. XXXVII, 1896, obs. 136, p. 958. — In *Bogobuloff*, loc. cit. Archiv. de Chir. Russe 1904, obs. 43, p. 868).

F. âgée de 34 ans, Mecklembourgeoise, toujours bien portante jusqu'à l'âge de 16 ans, présente depuis cette époque des symptômes de chlorose : faiblesse des jambes, abattement, palpitations. Mariée à 19 ans, trois accouchements normaux. Sa santé générale ne fut influencée d'aucune façon par les grossesses, mais elle n'a jamais été apte aux travaux du ménage. — Depuis deux ans ses forces ont diminué visiblement ; à maintes reprises elle dut s'aliter plusieurs heures durant la journée, le médecin trouva alors une augmentation de volume du rein droit. Au printemps, l'année dernière, apparition d'une tumeur à la jambe droite qui empêcha la malade de marcher, et qui ne s'améliora que lentement. — Depuis le mois d'août 1892, douleurs très vives dans le côté droit et dans le ventre qui l'obligèrent à garder continuellement le lit. De ce moment au 7 décembre, date de l'entrée de la malade à l'hôpital Marienkrankenhaus, aucune amélioration de l'état général, aucune diminution des symptômes. — *Examen*. Femme pâle, d'aspect peu robuste et paraissant souffrir. Elle se plaint de douleurs dans le côté droit et dans la partie droite de l'abdomen. Rien aux organes thoraciques. Le rein droit est mobile et facile à palper au-dessous du rebord costal, à travers la paroi abdominale qui est peu épaisse ; il est manifestement augmenté de volume ; sa forme et sa consistance sont normales ; il n'est pas fluctuant, mais extrêmement sensible à la pression. — Rien de particulier, ni au foie, ni au rein gauche ; la rate paraît un peu hypertrophiée, urine limpide, ne présente rien de particulier, ni sucre, ni albumine. — On découvre sur la jambe droite à mi-hauteur, à la face externe du tibia, une grosseur du volume d'un œuf de poule, élastique, rénitente, fluctuante. Une autre tumeur présentant les mêmes caractères, mais plus petite, siège à la partie interne et moyenne de la cuisse droite. Bien certainement ces deux tumeurs étaient de même nature que celle du rein ; aussi on commença par les enlever ; il s'agissait au niveau de la jambe d'un k. hydat., un peu plus volumineux qu'une noix ; la tumeur de la cuisse était de même nature. — On porta alors le *diagnostic* de k. hydat. du rein.

Intervention. Incision parallèle au rebord costal, le rein est mis à nu, il ne présente pas d'adhérences particulières, on l'amène aisément hors de la plaie : son volume est à peu près double de la normale, il ne présente aucune proéminence, aucune modification de coloration. On découvre de la fluctuation à son extrémité supérieure, alors que partout ailleurs il présente sa dureté habituelle. — Incision au niveau de la

région fluctuante; après avoir traversé la couche corticale sur une épaisseur de 1 cm., on extrait une hydatide du volume d'un œuf de poule. Quand on eut ouvert plus largement le rein, écarté les deux lèvres, et mis à nu la profondeur, on trouva dans le fond une autre tumeur fluctuante et arrondie, qui incisée donna issue à une vésicule du volume d'une noix, ainsi qu'à d'autres plus petites. On dut ensuite pratiquer une excision cunéiforme d'une portion du parenchyme dans laquelle se trouvaient encore d'autres kystes, mais plus petits; suture de la brèche rénale. — Comme on n'avait pu obtenir une hémostase complète, on fixa le rein aux muscles de la paroi et à la peau. Puis on tamponna la plaie à la gaze iodoformée. On avait enlevé à peu près la moitié du rein. Le bassinet avait été respecté, l'incision ayant porté obliquement de haut en bas, au dessus de la partie moyenne de la convexité. — *Suites.* Rien de particulier. Aucune élimination d'urine par la plaie. La malade qui était affaiblie et dans un état pitoyable, se remit rapidement. L'urine fut un peu sanglante les premiers jours, mais elle redevint bientôt parfaitement claire. Aucun trouble de la miction.

Obs. 46. — CAS INÉDIT, communiqué par le **Professeur Crivelli** de Melbourne. — ***K. hydatique du rein droit traité avec succès par néphrectomie partielle.***

Mrs A. Bex., 58 ans. Antécédents excellents, femme vigoureuse, toujours bien portante; a eu 6 enfants tous vivants et en bonne santé; n'a jamais eu aucune maladie. — Examinée pour la première fois en février 1898; on constate alors du gonflement et de l'empâtement dans la région lombaire droite avec voussure très marquée. Une ponction faite avec une seringue hypodermique ramène du pus, de consistance assez aqueuse. Peu de troubles fonctionnels, à part une douleur sourde, exagérée par la marche et le décubitus latéral droit. — Urines rouges, sanguinolentes, peu abondantes, épaisses; il y a un peu de cystite chronique; il se forme au fond du vase un dépôt épais, muco-purulent, d'odeur ammoniacale, dans l'urine, ni sucre, ni albumine. On ne fit point d'examen microscopique.

Peu ou point de symptômes généraux; pourtant légère élévation de température, 38° ou 38°,3 le soir; inappétence et insomnie. — La malade n'a point été examinée au début de sa maladie, qui semble remonter à une époque assez éloignée. Depuis 18 mois, elle souffre de douleurs vagues dans le côté, de gêne et de pesanteur; depuis 6 mois elle a maigri, et a de la température le soir. A deux reprises, durant ces 6 derniers mois, elle a rendu par l'uretre une abondante quantité de pus; le pus était toujours mélangé à l'urine; les mictions purulentes se reproduisaient plusieurs fois par jour, durant 2 à 3 jours; ensuite l'urine redevenait ce qu'elle était aupa-

ravant, c'est-à-dire peu abondante, épaisse, et plus ou moins mucopurulente. Ces évacuations de pus ont toujours été suivies d'une grande amélioration dans le côté droit.

Intervention en mars 1898. Incision sur le bord externe du grand dorsal; le bistouri arrive tout de suite sur une poche assez épaisse, fibreuse, qui incisée laisse échapper environ un litre de pus, et une quantité de débris de membranes hydatiques; quelques-uns de ces débris sont même assez grands. Le doigt introduit profondément dans la cavité atteint le rein, dont on sent la partie inférieure, qui est molle et irrégulière. — Après avoir agrandi l'incision, on amène le rein dans la plaie, et on l'examine commodément. Tout le tiers inférieur de l'organe, où le k. a pris naissance n'est qu'un clapier purulent. On résèque le tiers inférieur du rein, sans grande hémorragie, et après suture on le remet en place. La tunique fibreuse du k. est enlevée avec la portion du rein adjacente. La plaie est lavée et nettoyée aussi complètement que possible, on la bourre de gaze au sublimé; pansement. — *Suites* simples et excellentes; tous les 3 ou 4 jours, on panse la plaie qui se referme peu à peu. Pas de température, bon sommeil et bon appétit. Dès le lendemain de l'opération, les urines furent plus claires, et finalement devinrent parfaitement limpides. — L'examen microscopique des membranes fut confirmatif. — Au bout de 7 semaines la plaie s'était fermée; cicatrisation complète en 10 semaines. — Depuis, les urines n'ont plus jamais été troubles; leur quantité est normale. La malade qui a été opérée il y a 5 ans et demi vit encore; elle est en parfaite santé.

B. — AVEC MORT

Obs. 47. — **W. Jerosch.** [*K. hydat. du rein droit. Néphrectomie partielle. Mort*]. — In Jerosch. Inaug. Diss. Greifswald 1899, p. 6. — (In Centralblatt f. Chir. 1899, p. 1056. — In Brit. Med. Journ., 12 mars 1900, épitome. — In Bogobuloff. loc. cit. Archiv. Chir. Russe, 1904).

Femme. — *Diagnostic*. Hydro- ou pyonéphrose. — La palpation dénotait l'existence d'une tumeur au-dessous du rebord costal. Cette tumeur s'étendait jusqu'à la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic, en constituant une saillie; elle descendait jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure. Surface lisse; fluctuation évidente, qu'on pouvait aussi percevoir en arrière près du rachis; il devait donc s'agir du rein; de plus, le côlon descendant passait au-devant de la tumeur. Urine notablement purulente; à l'examen microscopique on n'y trouva que des globules de pus. — *Intervention*. Voie extrapéritonéale, résection du pôle inférieur du rein. Au cours de l'opération, la tumeur se rompit et donna issue à de nombreuses hydatides. — *Suites*. La malade mourut le 3e jour, au milieu d'une faiblesse

toujours croissante, de tressautements musculaires et d'hyperesthésie. La plaie était en excellent état. — *Autopsie*. Endocardite verruqueuse, hydro- et pyonéphrose. Le rein gauche était entièrement *transforme en un sac*. Le rein droit était hypertrophié et avait subi la dégénérescence graisseuse.

Gervais de Rouville a rapporté un cas de kyste hydatique du rein qui aurait été traité par Burckhardt par résection partielle du rein ; il s'agit en réalité d'un cas traité par marsupialisation, après résection de l'adventice.

SUPPLÉMENT

Obs. 21. — **Paton.** — Il ne nous est pas parvenu de nouveaux renseignements relativement à ce cas.

Obs. 37. — CAS INÉDIT de **Billroth**, recherché dans les Archives de la IIe Clinique chirurgicale de la Faculté Impériale de Médecine de Vienne, par le **Dr Ludwig von Schmarda**, sous la haute bienveillance du **Professeur Hochenegg**. — *K. hydat. du rein gauche traité par néphrectomie* [1].

H. R. fillette de 7 ans, entrée le 4 nov. 1887 dans le service du professeur Billroth. La mère de cette petite malade a remarqué chez cette dernière, depuis 15 jours, l'existence d'une tumeur occupant la partie gauche de l'abdomen. La malade se plaignit de maux de tête et de fièvre, quelques jours avant son entrée à la Clinique. *Examen*, le 4 nov. 1887. Vu son âge, l'enfant paraît mal développée et faible. Quand elle marche l'ensellure lombaire s'exagère, et la paroi abdominale fait saillie en avant. A l'examen de l'abdomen, on constate l'existence d'une voussure considérable de la moitié gauche du ventre; le rebord costal du même côté est repoussé en avant. On trouve à la palpation une tumeur du volume d'un œuf d'autruche, dont la surface paraît lisse et la consistance élastique. Cette tumeur n'est nullement douloureuse à la pression, et il est possible, à l'aide des deux mains, d'imprimer à cette masse un déplacement d'avant en arrière. Le côlon qui est par moments le siège de mouvements péristaltiques passe au-devant de la tumeur. *Examen des urines* : coloration jaune paille; quantité 300 à 900 cm³; réaction acide, pas d'albumine. On trouve dans les sédiments de nombreux cristaux d'acide urique, et un petit nombre de cellules épithéliales pavimenteuses.

Opération, par le professeur Billroth. Incision longue de 15 centimètres, dans la région lombaire gauche. On reconnaît qu'il s'agit d'un k. du rein gauche. Après avoir libéré la tumeur, on essaye de l'attirer au dehors de la plaie, à l'aide d'une légère traction. Le k.

1. Nous adressons au Professeur Hochenegg et au Dr von Schmarda, nos plus vifs remerciements pour l'insigne honneur qu'ils nous ont fait, en nous adressant ce cas inédit de Billroth. Le Dr von Schmarda a recherché ce document avec une inépuisable complaisance.

dépend manifestement du rein, qui est augmenté de volume, mais qui semble normal. On tâche de séparer le k. d'avec le rein, à l'aide d'une pince à disséquer. Après avoir disséqué la capsule, on parvient sur un sac membraneux, de couleur blanchâtre, opalin, du volume d'un œuf d'autruche. En exerçant une légère pression en avant sur la paroi abdominale, on fait remonter le sac au niveau de la plaie lombaire. Le décollement de la capsule du rein paraissant trop avancé, on se décide à pratiquer la néphrectomie. Ligature et section du pédicule. Libération des adhérences du k. d'avec la rate, le côlon descendant et le pancréas. On suture une petite déchirure du péritoine, qui s'était produite au début de l'opération. Fermeture de la plaie avec drainage. Pansement à la gaze iodoformée. — *Suites*. Guérison sans complications. La malade fut revue en excellent état de santé le 12 janvier 1891.

Obs. 48. — **Zartarian**. — ***K. hydat. du rein g.*** — Soc. Imper. de Méd. de Constantinople, 9 février 1900, in Gaz. Méd. d'Orient 1900, p. 372-381 [1].

F. 35 ans, malade depuis 10 ans, a essayé divers traitements sans être soulagée. Elle ressentait des douleurs, principalement dans la région lombaire g. avec propagation dans diverses directions; quelquefois ces douleurs disparaissaient, parfois au contraire, elles prenaient une acuité très grande, d'une durée plus ou moins longue. Femme très maigre, nerveuse, dyspeptique et primipare; elle souffre de métrite et d'insomnie. — Tout récemment, un médecin trouva dans l'urine (déjà examinée auparavant à plusieurs reprises) des vésicules hydatiques. On posa en conséquence le *diagnostic* de k. hydat. du rein. — *Examen*. La présence d'hydatides dans les urines fut constatée par Zartarian. Rein g. un peu développé et sensible, rein dr. luxé, également sensible, mais sans augmentation de volume. Miction normale, urines peu claires. Sensibilité gastro-intestinale. Rien au poumon, ni au cœur. — Les crises paroxystiques dont on fit la relation à Zartarian, attendu qu'il ne s'en produisit pas en sa présence, ressemblaient à celles des coliques néphrétiques, elles étaient parfois accompagnées de vomissements. — *Opération*. Néphrectomie lombaire. Chloroformisation tranquille, antisepsie rigoureuse, incision en dehors de la masse sacro-lombaire g. en partant des côtes, atteignant presque la crête iliaque, résection de la 12e côte. Libération des adhérences, ligature en masse des vaisseaux, et ensuite de l'uretère. Puis néphrectomie.

Suites. — Malade en parfaite santé, 45 jours après. — *Examen de la pièce*. Le rein était complètement détruit, il n'y avait presque plus de parenchyme, il était transformé en une poche durcie calleuse remplie d'hydatides.

1. Nous avons pu prendre connaissance du texte original de ce document, grâce à l'extrême amabilité du Dr Stekoulis, Président de la Société Impériale de médecine de Constantinople, qui nous en fit l'envoi sur notre demande.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons tout particulièrement soigné la Bibliographie de cet ouvrage, et nous avons fait tout notre possible pour donner au lecteur des références exactes et précises. *Du reste les ouvrages que nous citons ont été pour la plupart réellement consultés. Cette bibliographie a été constituée par nous-même, établie d'après nos fiches particulières, et elle n'est nullement une vulgaire compilation, comme c'est le cas le plus général pour ces sortes de travaux.* Nous reconnaissons du reste que les bibliographies des mémoires antérieurs, ainsi que celles données par les index, nous ont rendu de très grands services, mais nous n'avons jamais fait de démarquage : nous avons vérifié et, autant que nous l'avons pu, soumis à une judicieuse critique les références ainsi trouvées. — Nous ne prétendons pas non plus présenter une bibliographie absolument impeccable; il y a d'abord bon nombre de ces ouvrages qui font défaut dans nos bibliothèques publiques, même les plus importantes, et de plus chacun est à la merci d'erreurs de transcription, sans compter les fautes d'impression qui peuvent lors de la correction des épreuves échapper à l'attention la mieux soutenue, surtout quand il s'agit de chiffres; du reste ce travail ingrat a été fait avec un soin tout particulier.

Nous avons adopté la méthode analytique, et nous avons divisé notre bibliographie par chapitres. Cette méthode est infiniment supérieure à celle qu'on employait jadis, et où toutes les références étaient mises pêle-mêle par ordre alphabétique : on arrivait ainsi à constituer de véritables fatras, qui souvent ne pouvaient servir de rien. Au contraire la méthode analytique permet de donner des renseignements beaucoup plus précis; le lecteur doit chercher un peu plus longtemps, mais quand il a trouvé l'indication qu'il cherche, non seulement il possède une référence bibliographique, mais en plus il sait à peu près de quoi il s'agit.

Nous ne voulons point exposer en détail le plan de cette bibliographie; ce serait perdre notre temps à des phrases inutiles, et le lecteur en saura tout aussi long en parcourant les pages qui suivent.

Nous allons simplement expliquer en quelques mots la manière d'en faire usage.

Dans un premier groupe se trouvent les *Observations* et dans un deuxième groupe les *Recueils d'observations.*

Nous nous sommes attaché à faire précéder chacune de nos observations d'un petit chapitre de bibliographie, de façon à donner en quelque sorte à chacun de ces documents son état civil. L'utilité de ceci est beaucoup plus considérable qu'il ne paraît au premier abord : *faute d'avoir pris ce soin, il est arrivé fréquemment à ceux qui nous ont précédé dans l'étude de cette question, de faire d'une observation, deux et même trois cas.* Un important mémoire russe consacré aux k. hydatiques du rein et paru récemment, renferme plusieurs grosses erreurs de ce genre. Or des fautes de cette nature sont l'indice d'une documentation qui peut être considérable, mais qui n'est à coup sûr que très superficielle. Nous n'avons nullement la prétention de donner pour chaque observation la liste complète de tous les ouvrages où elle a été insérée; il ne s'agit que des mémoires que nous avons dépouillés. Ces indications sont placées par ordre chronologique : nous mettons en italique les noms des ouvrages qui rapportent les observations d'une façon très résumée, ou qui ne font guère que les citer. Or tandis que nous avons fait aussi complet que possible ce petit exposé bibliographique qui précède chaque observation, nous nous sommes borné dans les pages qui suivent, à n'indiquer que les références originelles. Quelquefois pourtant nous indiquons plusieurs références, ou bien quand l'auteur a publié lui-même son observation dans plusieurs livres ou dans plusieurs périodiques, ou bien quand la référence primitive est à peu près introuvable : quand il s'agit par exemple d'une observation lue dans une Société savante, dont les bulletins ne se trouvent que difficilement, et qui a été publiée dans un grand périodique de lecture courante. Quand le lecteur désirera la bibliographie complète d'un document, il n'aura qu'à se reporter à la table alphabétique des observations, qui donne l'indication de leurs numéros respectifs et des pages où on peut les trouver. Nous avons évité ainsi des répétitions inutiles longues et fastidieuses.

C'est ce même désir de simplification qui nous a déterminé à créer dans notre bibliographie le groupe des *Recueils des documents*. Toutes les fois que le lecteur trouvera, soit dans l'exposé bibliographique qui précède chaque observation, soit dans la partie Observations de la Bibliographie, l'expression *loc. cit.*, il n'aura qu'à chercher aux *Recueils des documents* le nom de l'auteur auquel est

appliquée cette expression *loc. cit.*, et il trouvera alors l'indication de l'ouvrage ou de l'article de journal, auquel il est fait allusion, avec son titre complet, la date et le lieu d'édition, et aussi souvent que possible le format et le nombre des pages. Dans cette partie *Recueils des documents* se trouve aussi l'*indication des thèses avec leurs titres également au complet.*

Le maniement de cette bibliographie est donc en réalité d'une extrême simplicité. Nous avons forcément résumé les titres des périodiques. Mais nous avons fait en sorte de rester compréhensible. Si par hasard le lecteur éprouvait quelque difficulté, qu'il se reporte à l'*Alphabetical list of abreviations of titles of medical periodical employed in the Index-Catalogue of the Library of the Surgeon general's Office U. S. Army*, volume adjoint au Grand *Index-Catalogue*, relié généralement en vert, incomparable publication bibliographique, évidemment connue de tous nos lecteurs.

Nous employons assez fréquemment l'expression résumée *Zuelzer's Blatt.* Le titre complet de cette publication est le suivant : *Centralblatt für die Krankheiten der Harn und Sexualorgane.*

Il arrive fort souvent qu'une observation appartienne à la fois à plusieurs auteurs. Prenons un exemple : le professeur Opitz opère une malade pour k. hydat. du rein et l'observation est publiée par son élève Gosch. Il y a bien des chances pour que ce cas soit enregistré dans les travaux ultérieurs, uniquement sous le nom de Gosch, ce qui constitue une erreur et une inconséquence.

Désireux d'être logique quand cette éventualité se produit, nous mettons : *Cas du professeur Opitz rapporté par Gosch*, ou bien encore : *Gosch et [Opitz]*. Et notre conduite a sa raison d'être : supposons en effet que le cas d'Opitz soit publié ultérieurement par Opitz lui-même, ou par un autre de ses élèves, il y a beaucoup de risque à courir que cette observation soit dédoublée, d'autant plus qu'il n'est pas dit qu'Opitz dira que le cas a déjà été publié. Nous avons même rencontré parfois la même observation publiée par son auteur, à deux reprises, sous deux noms différents et de façon différente. Des erreurs de bibliographie résultent bien souvent, non de la légèreté et de l'étourderie de ceux qui font les recherches, mais de l'inconséquence des auteurs eux-mêmes.

Nous avons toujours respecté les titres de documents, même incomplets ou inexacts, deux éventualités qui se produisent fort souvent. Quand ils faisaient absolument défaut, nous en avons créé que nous mettons entre [ ]. Nous avons toujours laissé les titres dans leur langue originelle.

I. — DOCUMENTS

A. — Observations relatives à des cas de kystes hydatiques du rein.

1. — Trouvailles d'autopsie.

Allen. [*K. hydat. du rein gauche, de l'ovaire droit et du foie*]. Soc. méd. de Victoria, 5 décembre 1894, in Austr. Medic. Journ. 1894, p. 585. — Amussat. [*K. hydat. du rein gauche*], in Rayer, loc. cit. t. III, obs. 1, p. 560. — Anstey Giles W. *Pyaemia following upon chronic suppurative inflammation of the middle ear, and associated with hydatide cysts of the brain, heart and kidney*. Interc. q. Journ. of M. a. S. t. I, 1894-95, p. 355-364. — Avery, voir J. Hogg et Avery.

Beldring. [*K. hydat. du rein gauche et du foie*], in Jonassen, th. Copenhague 1882, p. 255. — Bloch Maurice. *Echinococcose généralisée*. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1903, p. 541. — Blumcke. [*K. hydat. du rein droit*], in Bahr, Inaug. Diss. Greifswald 1893, obs. 58. — Boecker August. [*K. hydat. du rein gauche*], in B. Inaug. Diss. Berlin 1868, obs. 26, p. 20. — Busch, voir Keyes et Busch.

Carson Fisher. *Hydatid cyst in site of absent right kidney and in bladder*, in C. F. loc. cit. Interc. Medic. Congress of Austr. 1889, p. 618. — Charpentier. *Pleuresie droite. Vaste poche hydat. suppuree. K. sereux volumineux du rein*. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1869, p. 121. — Chevallereau et Gaucher. *Contusion de l'abdomen. Dechirure legère du foie. Rupture d'un k. hydat. du rein. Mort très rapide*. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1878, p. 351. — Chibret. *K. hydat. calcifie du rein avec suppuration intra et péri-kystique*. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1891, p. 319. — Cooper, *Hydatid cystes of both kidneys*. Austr. Med. Journ. 1863, p. 122. — Cranwell D. et Vegas H., in Cr. et Veg. Los quistes hidatidicos en la Republica Argentina 1901, B. Ayres, obs. 762, p. 416; obs. 768, p. 417, et obs. 941, p. 459.

Devaux et Renon. [*K. hydat. du rein droit*], in Marchat, th. Paris 1901, obs. 3, p. 24. — Deve F. *Valeur semeiologique des epanchements bilieux intra-peritoneaux. A l'occasion d'un cas de k. hydat. du foie rompu dans le peritoine. [K. hydat. du rein droit]*. Soc. Méd. Rouen, 13 mars 1904, in Normandie médic. 1904, p. 165-172. — Dunn. *A fatal case of hydatids with enlarged kidneys*. Medic. Repository, vol. VII, juin 1817, p. 464.

Fletcher. *Exhibition of hydatide cysts of the liver and kidney*. Reposit. Birmingham Path. Soc.; Prov. M. a S. Journ. 1846. — Furbringer. [*K. hydat. du rein droit*], in F. Inaug. Diss. Iena 1887, obs. 39, p. 20.

Gaucher, voir Chevallereau et Gaucher. — Gay. *Calculus and cyst in the kidney*. Trans. of Path. Soc. London t. IV, 1853, p. 194. — Guinand. *K. hydat. du rein*. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1878, p. 208.

Hebenstreit, voir Keyes et Busch. — Heer Thomas. *De renum morbis eorumque diagnosi, causis, symptomatibus et prognosi. Adduntur specima duo renis, unius in hydatides, alterius in lipoma mutati*, th. Halle 1790. — Hicks (S. Wale), voir Peacock. — Hogg et [Avery]. *Hydatids cystes in the liver and kidneys*. Med. Soc. London, 13 octobre 1855, in Lancet 1855, t. II, p. 366.

Jonassen. [*K. hydat. du rein droit et k. hydat. multiples*], in J. th. Copenhague 1882, obs. 59, p. 233-238.

Keyes et Busch, [Hebenstreit et Meisburger]. *A case of multiples echinococcuscystes*. Buffal. Med. Journ. t. XXXVI, 1896-97, p. 25-29. — Kinyouth. *Echinococcus hominis of the kidneys, liver and bladder*. Ann. Rep. Supervising Surg. gen., Marine Hosp. Serv. of the V. S. fiscal year 1891, p. 147-149. — Koelpin. [*K. hydat. multiples et du rein droit*], in Rasmussen loc. cit. Copenhague 1866.

Lacrousilles. [*K. hydat. du rein droit*]. Bull. et mém. Soc. Anat. 1864, p. 459. — Lehman et Voigt. [*K. hydat. du rein*], in L. Inaug. Diss. Greifswald 1894. — Ljubimow. [*K. hydat. alvéolaire du rein droit*], in Melnikow-Rasedepkow, loc. cit. p. 295, explication fig. 56.

Marsh. *Hydatid kidney*. Cincinnati. Lancet and observ. 1869, t. XII, p. 539-543. — Meckel. [*K. hydat. du rein gauche, du diaphragme et du poumon gauche*], in Heer, th. Halle 1790. — Meisburger. Voir Keyes et Busch.

Neisser. [*K. hydat. des reins et k. multiples*], in N. loc. cit. obs. 961. p. 217-223.

Ollenin. [*K. hydat. multiples du rein droit, du foie et de l'abdomen*]. Compt. Rend. Soc. Méd. de Tambov 1889, n° 6; in Alexinsky, loc. cit. p. 150 (Suppl.) obs. 50.

Peacock et [Wale Hicks]. *Hydatids in liver, spleen, right kidney, omentum, lungs and heart*. Trans. Path. Soc. London, t. XV, 1863-64, p. 247-249. — Petechin. [*K. hydat. multiples des reins, du foie, de la rate et de l'abdomen*]. Compt. Rend. Soc. Méd. St-Pétersb.; in Alexinsky, loc. cit. p. 150 (Suppl.) obs. 52. — Pièces de Musée : 1° Univ. de Melbourne, in Gardner, loc. cit. Interc. Q. Journ. of M. a. S. t. I, 1894-95, p. 147. — 2° W. Infirmary Glascow, in Coats, Trans. Glasc. Path. a. Clin. Soc. t. IV, 1891-93, 14 mars 1892; in Glasc. Medic. Journ. t. XXXVIII, 1892, p. 60; in Landsay Steven, Glasc. Medic. Journ. t. XXIII, 1885, p. 432.

Rayer. [*Hydat. dans le rein gauche*], in Livois, th. Paris 1843, obs. 6, p. III. — Rayer. *Hydat. dans le rein gauche*, in Livois, th. Paris 1843, obs. 7, p. 115. — Reecker. [*K. hydat. du rein gauche*]. Wiedeman, Inaug. Diss. Greifswald 1895, obs. 145, p. 44. — Rendu. *Hydat. du cerveau, du cœur et des reins avec arrêt de développement de l'utérus et des ovaires*. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1878, p. 581. — Renon, voir Devaux et Renon. — Ripault. [*K. hydat. du rein droit*]. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1834, p. 74.

Stavely. *Enormous hydatid cyst of right kidney; autopsy*. Montreal Med. Journ. t. XVIII, p. 148-150; Medic. Rec. N. Y. 1889, t. XXXV, p. 541.

Vegas H., voir Cranwell et Vegas. — Vigier. *K. hydat. du rein*. Bull. et mém. Soc. Anat. 1865, p. 56. — Voigt, voir Lehman et Voigt. — Williams. [*K. hydat. du foie et du rein droit*]. Medic. Soc. of Victoria, 6 octobre 1880, in Austr. Medic. Journ. 1880, p. 447.

2. — Kystes hydatiques des reins ouverts dans les voies urinaires. Pas d'intervention.

Anger, voir Jouon [Thibaut et Anger]. — Aulagnier. *Coliques néphrétiques gauches. Émission d'hydat. par l'urèthre, à la suite d'un traitement antisyphilitique*. Journ. Med. Sedillot, t. LVI, 1816, p. 168-173. Bull. Acad. Med. Mars 1816; in Rayer, loc. cit. t. III, obs. 7, p. 572.

Babington. *Large abdominal tumour. Escarpe of hydatids by the urethra and subsidence of the enlargement. Favorable progress*. Medic. Tim. a Gaz. 1855, t. I, p. 160, obs. 50. — Baillie. [*K. hydat. du rein droit*], in B. The Morbid human anatomy, 2e édit., Londres 1797, p. 279-280; 5e édit., p. 294. — Barker Herbert. [*K. hydat. du rein gauche. Multiples émissions d'hydat.*], in H.-B., loc. cit., Med. Soc. London, 15 décembre 1855, in Glascow Medic. Journ., t. III, 1855-56, p. 439. — Barthez. *Émission d'hydat. avec les urines*]. Bull. et Mém. Soc. anat. 1836, p. 172. — Bedford. [*Douleurs lombaires surtout à gauche. Émission d'hydat.*], in Manasse, loc. cit., Zuelzer's Blatt 1898, p. 607, obs. 31. — Bérard ainé. *Acéphalocystes rendues par le canal de l'urèthre en très grande quantité*. Gaz. Hôp. 1832, t. VI, p. 297. — Béraud. [*Émission d'hydat. Symptômes vésicaux accusés. Tumeur à droite*], in Ber. th. Paris 1861, obs. II, p. 38. — de Beurmann, voir Lasègue et [de Beurmann]. — Billard. *Obs. d'hydat. des reins*. Union Médic. 1863, t. XX, p. 8. — Birkett. *Hyda-*

tidcysts voided during the act of micturition. Guy's Hosp. Rep. 1851, IIe s., t. VII, p. 300. — BLACKBURNE. *Case of a patient who voided hydatids with bis urine, etc.* Lond. Medic. Journ. 1781, t. I, p. 125-128. — BLOCH, voir Gaultier, Bloch et [Nélaton]. — BONFIGLI. [*K. hydat. du rein droit*]. Ephem. nat. cur. cent. IX, obs. 4, p. 9; in Rayer, loc. cit. t. III, p. 558. — BUDD ET SHEPHERD. *Hydatids in the kidney.* Lancet 1872, t. I, p. 646.

CAUDMONT. [*Empâtement de la région lombaire gauche. Émission d'hydat.*]. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1862, p. 106. — CAZENAVE. [*Coliques néphrétiques à gauche. Émission d'hydat.*], in Béraud, th. Paris 1861, obs. 23, p. 59. — COLLEAU ET DESAULT. [*K. hydat. du rein gauche. Suppuration des deux reins*], in Chopart, loc. cit. t. I, obs. 3, p. 150. — CONDAMY. *K. hydat. du foie, de la rate et du rein. Expulsion d'hydat. par les voies urinaires.* Poitou Médic. 1896, t. XI, p. 197-201. — CONNOR (S.). *Hydatid of kidney; spontaneous evacuation by the urethra of membrane and a calculus.* Interc. A. J. M. a. S. Melbourne, t. I, 1894-95, p. 264. — CORDIER, voir Viannay et [Cordier]. — CURLING. *Hydatids passed by the urethra. Recovery.* Med. Tim. a. Gaz. 1863, t. II, p. 164.

DAVIES. [*Coliq. néphr. gauche. Émission d'hydat.*]. Philos. Trans. seu Compt. Rend. Soc. Roy. des Sc. Londres t. XII, p. 897, Londres 1702 (pour les années 1700 et 1701). — DEFRANCE. [*K. hydat. du rein gauche. Tuberculose pulm.*], in Rayer, loc. cit. t. III. obs. 2, p. 563. — DEMARQUAY. *Hydat. rendues par l'urèthre, venant du rein gauche.* Bull. et Mém. Soc. Chir. 1868, p. 381. — DESAULT. [*K. hydat. du rein gauche*], in Chopart, loc. cit. t. I, obs. 1, p. 144. — DESAULT, voir Colleau et Desault. — DESAULT, voir Fleuret et Desault. — DUCHAUSSOY. [*K. hydat. du foie et d'un des reins*]. Bull. et Mém. Soc. anat. 1854, p. 17. — DUMONTPALLIER. [*K. hydat. du rein gauche*]. Bull. et Mém. Soc. Médic. Hôp. 1874, p. 87; Bull. Soc. Biolog. 21 mars 1874. — DUNCAN. *Hydatids of the kidneys passed by the urethra.* Liverp. Med. Gaz. juillet 1834; Dublin Med. Journ. t. VI, 1834-35.

EASTLE, voir Simon et Eastle. — EVANS [*Émission d'hydat. Tumeur rénale droite*], in H. Barker, loc. cit. p. 10; Glascow Med. Journ. t. III, 1855-56, p. 445. — EWEN. *Hydatids passed by the urethra. Recovery.* Med. Tim. a Gaz 1855, t. I, p. 160, obs. 51.

FAUNTLEROY. *A case of hydatid cyst of the kidney, the value of carbolic acid in treatment.* Virginia medic. Richmond t. V, 1878, p. 282-284. — FENWICK H. [*Deux obs. de k. hydat. du rein avec émission d'hydat.*], in F. loc. cit. Trans. Clin. Soc. London t. XXIV, 1891, p. 240-242, obs. 1 et 2. — FINSEN. [*Trois obs. de k. hydat. du rein avec émission d'hydat.*], in F. loc. cit. Ugeskrift for Läger, 3e s., t. III, nos 5 et 8; Arch. Gén. Med. 1869, t. I, p. 29 et 42. — FISCHER. [*K. hydat. du rein avec tumeur et émissions d'hydat.*], in F. Inaug. Diss. Greifswald 1888, obs. 9, p. 18. — FLEURET ET DESAULT. [*K. hydat. du rein gauche*], in Chopart, loc. cit. t. I, obs. 2, p. 148. — FOTHERINGHAM ET LINDSAY STEVEN. *Case of hydatid cyst of the right kidney with suppuration and discharge of secondary cysts in the urine.* Trans. Glascow Path. a Clin. Soc. (11 nov. 1884 et 28 avril 1885) t. II, 1884-86, p. 16-22; Glasc. Medic. Journ. t. XXII, 1884, p. 427-433; et t. XXIII, 1885, p. 429-433. — FUSSEL. *On a case of hydatid disease of kidneys.* Lancet 1855, t. I, p. 377.

GABSZEWICZ. [*Émission d'hydat. avec les urines*], in Bogoluboff, loc. cit. Archiv. Chir. Russe 1904, obs. 102, p. 857. — GAULTIER, BLOCH ET [NÉLATON]. *Echinococcose secondaire de la cavité péritonéale.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1902, p. 852-855. — GAY. *Hydatids passed by the urethra. Recovery.* Medic. Tim. a. Gaz. 1855, t. I, p. 160, obs. 53. — GAY. *Passage of hydatids by the urethra. Recovery.* Medic. Tim. a Gaz. 1855, t. I, p. 160, obs. 52. — GAY. *Severe abdominal symptoms : hydatids passed by the urethra; recovery.* Méd. Tim. a. Gaz. 1855, t. I, p. 150, obs. 51 *bis.* — GINTRAC. *Obs. d'hydat. rendues par les voies urinaires.* Journ. Med. Bord. 1852, p. 577-586. — GOURAINCOURT. *Echinocoques rendues par les voies urinaires.* Monit. des Hôpit. 1854, p. 331. — GRAZIA Y ALVAREZ. *Hydatides in los rinones.* Sigl. Med. Madrid 1861.

Hardy. [*K. hydat. du rein*]. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1838, p. 3. — Holscher. [*Émission d'hydat. Tumeur rénale*]. Sitzungsber der XIX[e] deuts. Naturforscher Versamml. zu Braunschweig 1841; in Schmidt's Jarhb. t. XXXIII, 1842, p. 144.

Jones. *Hydatids passed per urethrum.* Path. Med. Soc. London t. V, 1853-54, p. 311. — Jonsson Th. [*Issue d'hydat. avec les urines, d'origine rénale*], in Jonassen, th. Copenhague 1882, p. 104. — Jouon, [Thibaud et Anger]. [*K. hydat. du rein gauche. Tuberculose pulm.*], in Béraud, th. Paris 1861, obs. 10, p. 28.

Klippel. *K. suppuré du rein droit.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1888, p. 558. — Kummel [*K. hydat. du rein dr.*], in K. et R. loc. cit. Beitr. z. Klin. Chir., t. XXXVII, 1903, p. 960.

Laennec. *Acéphalocystes cystifères rendues par les voies urinaires*, in. L. loc. cit. obs. 3, p. 148. — Laget. *K. hydat. du rein gauche.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1874, p. 242. — Lasègue et de Beurmann. *Tuberculose pulm.*; *coliques néphrétiques suivies de l'expulsion de vésicules hydat. par l'urèthre.* Archiv. Gén. Med. 1882, t. I, p. 470-474. — Le Dentu [*K. hydat. du rein droit. Émission d'hydat.*], in Braillon, th. Paris 1894, obs. 89, p. 108. — Le Dentu [*Coliq. néphr. gauche. Émissions d'hydat.*], in Le D. Affect. chirurg. des reins, uretères et caps. surrénales, Paris 1889, p. 507. — Lehmann et Schmidt. [*K. hydat. du rein gauche*], in L., Inaug. Diss. Greifswald, 1894. — Leith Adams. *Report of hydatid disease (echinococcus hominis) affecting the kidneys.* Lancet 1864, t. II, p. 375. — Lèques. *Vésicules hydat. expulsées par l'urèthre.* Archiv. gén. de Med. et Pharm. Milit. 1889, v. II, t. XIV, p. 465-470. — Lettsom. *History of two cases of renal hydatides.* Mem. Med. Soc. London t. II, 1789, p. 32 et 35. — Lévêque. *Hydat. émises avec l'urine.* Bull. Soc. Méd. Reims, 3 février 1875. — Lévêque. *Hydat. du rein.* Bull. Soc. Med. Reims, 17 mars 1880. — Lindsay Steven, voir Fotheringham et L. S. — Lossi. *Coliq. néphret. Émission d'hydat. avec les urines.* Obs. Medic. liber 4, obs. 58, Londres 1762; in Rayer, loc. cit. t. III, p. 578. — Loumeau. *K. hydat. du rein gauche.* Ann. des malad. des Org. génit.-urin. 1899, p. 1174.

Mackinder, voir Richardson et Mackinder. — Melot. [*K. hydat. du rein gauche et cancer du foie*]. Bull. et Mém. Soc. anat., 1832, p. 49. — Menghini. [*Coliq. néphr. Emissions d'hydat.*]. Collect. acad. et Mém. Paris 1773, t. X, p. 64-66; in Chopart, loc. cit. t. I, obs. 4, p. 152. — Mollison et Richtie. [*K. hydat. du rein*]. Med. Soc. of Victoria, 16 nov. 1898; in Interc. Med. Journ. of Austr. t. III, 1898, p. 685. — Moreau. *Obs. sur des hydat. dans le rein droit.* Biblioth. Medic. 1820, t. LXX, p. 354-357.

Nélaton, voir Gaultier Bloch, et [Nélaton]. — Nicoll. *Daughtes cysts from a hydatid of the kidney.* Trans. Glascow Path. a. Clin. Soc. t. IV, 1891-93, p. 120-122; in Glascow Medic. Journ. t. XXXVIII, 1892, p. 59.

Osler. *Hydatids passed with the urine.* Trans. Path. Soc. Philadelphie, t. XII (1883-85), 1886, p. 217-218.

Parmentier. *Hydat. des reins rendues par le canal de l'urèthre.* Nouv. biblioth. med. 1829, t. IV, p. 412. — Parry. *Hydatids repeateldy passed by the urethra. Recovery.* Med. Tim. a. Gaz. 1855, t. I, p. 161, obs. 55. — Pascal. [*Coliq. néphr. droite. Emission d'hydat.*], in Chopart, loc. cit. t. II, p. 151 (note). — Pistocchi, voir Turri et Pistocchi.

Quiquerez. *Ein Fall von Echinococcus renis.* Oest. Zeitschr. f. prakt. Heilk. 1661, p. 469-473.

Richardson et Mackinder. *Hydatids cysts in the liver and kidneys.* Med. Soc. London, 13 oct. 1855, in Lancet 1855, t. II, p. 366. — Richtie, voir Mollison et Richtie. — Roche et [Sepet]. *Hydat. rendues avec les urines*, in Roche th. Lyon 1897, obs. 9, p. 100. — Roland. *Hydat. évacuées par l'urèthre.* Bull. Soc. scien. méd. Poitiers t. I, 1899, p. 8. — Roussel. *K. hydat. du rein droit. Coliq. néphrét. Expulsion intermit. d'hydat. par les voies urinaires depuis 7 ans 1/2.* Soc. Méd. St-Étienne, 16 avril 1887 et 24 janv. 1895; in Loire Méd. 1887, p. 301, et 1895, p. 45. — Russel. *On accourt of several hydat. descharged with the*

urine. Med. obs. a. inquiries publish. by a Soc. of physicians in London t. III, 1767, p. 146; in Chopart, loc. cit., t. I, obs. 5, p. 154.

SADLER. *Hydatids passed by the urethra, probably from the kidney*. Medic. Nim. a. Gaz. 1865, t. I, p. 305. — SANGALLI. *Cisto de echinococco del rene sinistro di straordinaria grandezza*. Gaz. med. Lomb. Milano, t. XLIX, 1890, p. 131-135; in R. Istituto Lomb. de sc. e litt. Rendiconti. Milano 1890, 2e s., t. XXIII, p. 270-280. — SCHNELL. *Coliq. néphrét. par k. hydat.* Marseille Médic. t. XXVIII, 1891, p. 129. — SÉPET, voir Roche et Sépet. — SHEPHERD, voir Budd et Shepherd. — SIEVEKING. *A case in which hydatids were discharged from the kidney during life*. Lancet 1853, t. II, p. 238. — SIMON ET EASTLE. *Descharge of hydatids in the urine*. Lancet 1853, t. II, p. 281. — SMITH. [*Hydat. du rein rendues avec les urines*]. — In Gardner, loc. cit. in Interc. q. Journ. of M. a. S. t. I, 1894-95, p. 147.

TAMBURLINI. *Storia di idialidi of acephalocysti dei reni*. Gaz. Med. ital. prov. Venetia, Padoua t. III, 1860, p. 219. — THIBAUD, voir Jouon. — TOMOWITZ. *Echinococcusblasen in der linken Niere und Abgang derselben mit dem Harn*. Wien. Med. Wochenschr. 1861, p. 525. — TURRI ET PISTOCCHI. *Storia clinica di uno caso di echinococco del reni alti*. Atti d. Acad. d. scienze med. e nat. in Ferrara t. LXVIII, 1894, p. 169-175.

ULZMANN. *Echinococcusgeschwu' der linken Niere*. Wien. Med. Press 1880, p. 181.

VALLEIX. *Emissions d'hydat.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1838, p. 3. — VIANNAY ET [CORDIER]. *K. hydat. du rein*. Soc. scienc. Méd. Lyon, mars 1898. — VIGLA [*Coliq. néphr. g. Emissions d'hydat.*]. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1838, p. 3.

WARD. *Case of hydat. of the kidney*. Prov. th. a. S. Journ. London 1846, p. 465. — WLAEF. *Un cas de pyélite avec k. hydat. du rein*. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1899, p. 751.

ZINKEISEN. *Abgang von Echinococcus blasen aus der rechten Niere mit dem Harne*. Wien. Med. Wochenschr. 1862, p. 84.

3. — Ouvertures rares du k. dans des organes autres que le rein.

FIAUX. *Acéphalocystes du rein et fistule réno-pulmonaire. Bull. Soc. Biol. 1852, p. 8*; in Beraud, th. Paris 1861, obs. 26, p. 63. — FLECKES. *Hydatiden der Blase. Wien. Med. Wochenschr. 1885, p. 181.*

DE GORSSE ET MORET. *K. hydat. de la plèvre et du rein. Bull. et Mém. Soc. anat. 1896*, p. 346.

HARZ. *Ein Fall von Echinokokken der rechten Niere mit Ruptur in die Bauchhöle. Inaug. Diss. Kiel 1899 p. 10-13.*

LONGUET. *K. hydat. très volumineux du rein gauche. Rupture. Mort. Bull. et Mém. Soc. anat. 1892, p. 451-454.*

MORET, *voir de Gorsse et Moret*. — MOSLER. *Ueber endemisches Vorkommen der Echinococcenkrankheit in Neuvorpommern, mit besonderer Berücksichtung eines Falles von Echinococcus der rechten Niere*. Soc. Med. Gresifswald, in Deuts. Med. Wochenschr. p. 119-121.

SPANGEMACHER. [*K. hydat. du rein ouvert dans le côlon*], *in S. loc. cit.*; in Schmidt's Jahrb. t. CXXXIV, 1867, p. 44.

4. — Kystes hydatiques du rein avec intervention.

ALBARRAN. *K. hydat. du rein. Néphrectomie lombaire. Guérison*. Bull. et Mém. Soc. Chir. 1901, p. 663. — ANGELOF. [*Un cas de k. hydat. du rein*]. Journ Méd. Milit. 1899, p. 24; in Bogoluboff, loc. cit., Archiv. Chir. Russe 1904, obs. 97, p. 884. — D'ANTONA. [*K. hydat. du rein droit*], in Nigrisolli, loc. cit.; in

Alexinsky, loc. cit., p. 276, et obs. 16 p. 120 (Supplém.). — Aretaeos. [*K. hydat. du rein traité par néphrectomie*], in Ar. loc. cit. Verhandl. des X intern. Medic. Congress. Berlin, août 1890, B. III, Abt. VII, p. 222-223.

Baldelli. *Echinococco multiplo del rene destro.* Gaz. Medic. di Roma 1885, p. 110. — Bazy. *Laparotomie pour k. hydat. du foie et k. hydat. du rein droit.* Bull. et Mém. Soc. Chir. 1901, p. 665, et 1902, p. 670. — Belaustegui (E. F.). *Qüiste hidatidico en un rinon movil.* Rev. de la Soc. Médic. Argent. Buenos Ayres, t. IX, 1901, p. 474-479. — Berger. [*K. hydat. du rein gauche. Ponction. Mort*], in Berg. Inaug. Diss. Berlin 1885, p. 16-19. — Berger et Dieulafoy. [*K. hydat. du rein gauche. Néphrotomie. Mort par urémie*, in D. Man. Path. int., t. III. — Billot. *K. hydat. du rein gauche. Laparotomie lombaire. Ablation du k. Fixation du moignon à la paroi. Guérison.* Congr. intern. Med. Compt. rend. Paris 1900; sect. chir. milit., p. 47-49. — Billroth. [*K. hydat. du rein gauche. Néphrectomie*], in Kirmisson, Gaz. Hôp. 1888, p. 137, et Bull. et Mém. Soc. Chir. 1897, p. 428. — Bobrow. [*K. hydat. du rein gauche*], in Bogoluboff, loc. cit. Archiv. Chir. Russe 1904, obs. 112, p. 888-890. — Boeckel. *Premier cas de néphrectomie transpéritonéale pour k. hydat. du rein, suivi de succès.* Soc. Méd. Strasb. 1er avril et 1er juillet 1886, in Gaz. Méd. Strasb. 1886, p. 71 et 86; in Congr. Chir. Paris 1886, 20 oct.; in Boeck. loc. cit., p. 9-18. — Bogaewski. [*K. hydat. du rein droit, marsupialisation*]. Chirourghitcheski Viestuik 1887, n° 1; in 6e Congr. des Méd. russes Kief 1896; in Alexinsky, loc. cit. Archiv. Chir. Russe 1904, obs. 2, p. 124 (Supplém.). — Bogaewski. [*K. hydat. du rein droit traité par échinocotomie*]. Suppl. au n° 10 des Compt. Rend. du 6e Congr. des méd. russes Kief 1896; in Alexinsky, loc. cit. Archiv. Chir. Russe, obs. 5, p. 126 (Supplém.). — Bogoluboff. [*K. hydat. du rein droit. Néphrectomie partielle. Guérison*], in Rasoumovsky, loc. cit. Ann. Chir. Russe 1901, p. 318-341; in Bog. loc. cit. Archiv. Chir. Russe 1904, p. 824. — Bogoluboff et [Rasoumovski]. [*K. hydat. vraisemblablement du rein, traité par marsupialisation. K. du poumon également marsupialisé. Guérison*], in Bog. loc. cit. Archiv. Chir. Russe 1904, p. 825. — Boissard. *K. hydat. du rein et du foie. Ponction. Ouverture de la poche par le procédé de Recamier, au niveau de la fosse iliaque. Lavages phéniqués. Mort par septicémie.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1882, p. 122. — Botescu, voir Lechte et Botescu. — Bouilly. *Enorme k. hydat. du rein.* Gaz. des Hôpit. 1886, p. 1178; in Boeckel, loc. cit., obs. 18, p. 84. — Bradbury. *Hydatid tumour of left kidney succesfully treated by aspiration.* Brit. Med. Journ. 1877, t. II, p. 471. — Brewer (G. E.). *Hydatid of the kidney.* Trans. Soc. Surg. N. Y., 23 avril 1902, in Ann. of Surg. Philadelp., 1902, p. 449. — Bruce Clarke, voir Tunnicliffe et [Bruce Clarke]. — V. Burckhardt. *Echinococcus der rechten Niere; operative Entfernung der ganzen Mutterblase ohne Exstirpation der Niere.* Aus dem Stuttgart. ärztl. Verein, in Med. Correspondenzbl. d. wurtt. arzt. Landesvereins 1893, p. 100.

Cayley, voir Woodmann et Cayley. — Chandelux. [*K. hydat. du rein. Néphrect. transp. Guérison*]. Pollosson, loc. cit. Lyon Medic. t. XXV, 1793, p. 37. — Christopher Martin, voir Lawson Tait et Christ. Mart. — Clin. Chir. Univ. Karkow. [*K. hydat. du rein*]. Archiv. Chir. Russe 1901, fasc. 2; in Bogoluboff, loc. cit. Archiv. Chir. Russe 1904, obs. 101, p. 884. — D. Cranwell et H. Vegas. *18 obs. de k. hydat. du rein*, in Cr. et Veg., Los quistes hidatidicos en la Republica Argentina, B. Ayrens 1901, obs. 743-748, 750-761, p. 412-416.

Daniel. [*K. hydat. rénal. Néphrotomie lomb. Guérison rapide*]. Madelung, loc. cit. obs. 149, p. 133. — Deffaux. [*K. hydat. unilocul. du rein, du poumon et de la rate*]. Bull. et Mém. Soc. anat. 1874, p. 651. — Dieulafoy, voir Berger et Dieulafoy. — Dieuzaide, voir Michon, [Dieuzaide et Martel].

Eccles, voir Heslop et [Eccles]. — Di Fede Raffaele. *Sopra un caso di cisti d'echinococco del rene sinistro.* Bull. d. Real. Acad. Medica di Roma, a. XV, 1889-89, p. 145-151.

H. Fenwick. [*K. hydat. du rein droit traité par marsupialisation*], in F. loc.

cit. Trans. Clin. Soc. London t. XXIV, 1891, p. 240-242, obs. 3. — Fick. [*K. hydat. probablement du rein gauche Marsupialisation*], in F. loc. cit. Deuts. Zeitschr. Chir. 1885, Bd XXIV, p. 357. — Fitzgerald et Simpson Wood. *Case of renal hydatid.* Austr. Medic. Journ. 1880, p. 38.

Gangitano (Fernando). *Echinococco suppurato del rene destro. Nefrectomia. Guarigione.* Riform. Medic. a. XVII, 1901, t. II, p. 794-797, 807-810, 820-823. — Gardner W. [*Deux obs. de k. hydat. du rein traités par extirpation*], in Gard. loc. cit. in Interc. q. Journ. M. a S. Melbourne, t. I, 1894-95, p. 144. — Gardner W. [*K. hydat. du rein gauche*], in Gardner loc. cit. in Interc. q. Journ. M. a S. Melb. t. I, 1894-95, p. 144; Trans. of II^e sess. Interc. Med. Congr. Austr., 1889, p. 345, 348 et 350. — S. Gattorno. *Ueber Nierenechinococcus.* Beitr. zur Geburtshulfe und Gyn. t. I, 1903, p. 105-116. — Gerster A. G. *Echinococcus of the right kidney: hydatids voided by the urethra; expasure of the large tumour; incision and evacuation of the contentes of the calcareous sac; secondary extirpation of the con cremental shell; cure.* Americ. Journ. of Medic. Scienc. t. CXIII, 1897, p. 684. — Gosch et [Opitz]. *Ein Fall von Nierenechincoccus aus der gynäkologischen Abt. der Univ. Frauenklinik zu Marburg,* un g. Inaug. Diss. Marburg 1903, p. 14-17. — Graser. [*K. hydat. du rein*], in Schilling, loc. cit. Zentralbt. f. urin. Mediz. 1904, p. 832-836. — Grohé B. *Rechte postoperative abdominelle Fistule bei rechten Nierenechinococcus. Revision und Drainage der Wund. Tod um Peritonitis,* in Grohé, loc. cit. Archiv f. Klinik. Chir. t. LXVI, 1902, obs. 40, p. 314. — Grohé B. *Rechter uniloculärer Nierenechinococcus. Extirpation der Cyste Heilung,* in Grohé loc. cit. — Gussenbauer, voir Pupovac et [Gussenbauer].

Hamilton J. B. *Memorandum of a case of hydatid of the kidney.* Americ. Journ. of Surg. and gynæc. Kansas City t. III, 1892-93, p. 239; Kansas City Medic. Index, t. XIV, 1893, p. 217. — Harley et [F. R. Walters]. *Renal disease: hydatides of liver and kidney. Cerebral hemorrhage; necropsy; remarks.* Lancet 1882, t. I, p. 1072. — Havage et [Rendu] *K. hydat. multiples du foie, de la rate, du rein, des épiploons et du petit bassin. Obstruction intestinale. Compression de la veine cave inf.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1879, p. 622-626. — Haynes (Irwing S.). *Hydatid cystes of the kidney.* Trans. Soc. Surg. N. Y., 23 avril 1902, in Ann. of Surg. Philad. t. XXXVI, 1902, p. 95-104. — Helferich, voir Schulte et [Helferich]. — Herczel Mano. *Nephrectomiaval gyogyitott vesechinococcus esete.* Orvosi hetilap B. P. t. XLVI, 1902, p. 557; Sebeszet, B. P. 1902-1902, t. I, p. 36; Ungeir. Med. Press. P. B. 1902, t. VIII, p. 557. — Heslop et [Eccles]. *Case of hydatid tumour of the liver and right kidney, with remarks.* Monthl. Journ. of Med. Science, Londres, Edimbourg, t. X, 1850, p. 123. — Heussner. [*K. hydat. du rein gauche*], in H. loc. cit. Deutsch. med. Wochenschr. 1884, p. 795. — Hildebrand Otto. [*K. hydat. du rein gauche. Néphrect. Mort*], in Hild., loc. cit. Deuts. Zeitschr. f. Chir., t. XL, 1895, p. 102. — Hinckeldeyn. [*K. hydat. du rein gauche. Néphrect. transp. Mort*], in Madelung, loc. cit. p. 135. — Hohman [*K. hydat. du rein droit*], in Fick. loc. cit. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. t. XXIV, 1885, p. 356. — Houzel. [*K. hydat. du rein gauche. Néphrotomie lombaire. Guérison*]. Bull. et Mém. Soc. Chir. 1897, p. 423; in Houz. loc. cit. Rev. Chir. 1898, p. 692-696. — Houzel [*K. hydat. du rein pris pour une tumeur solide de cet organe. Néphrect. transp. Rein unique; mort par urémie le 5^e jour*]. Gaz. Médic. Strasb. 1892, p. 43-44; Bull. et Mém. Soc. Chir. 1897, p. 422; in Houz. loc. cit. Rev. Chir. 1898, p. 692.

Imlach. *A case of renal hydatids treated by abdominal section.* Brit. Med. Journ. 1887, t. II, p. 17. — Béla Imrédy. [*K. hydat. du rein droit traité par marsupialisation*], in B. Imr. loc. cit. Orvosi hetilap. 1896, n^{os} 1 et 2, obs. 11.

Jerosch W. [*K. hydat. du rein gauche. Néphrect. partielle. mort*], in J. Inaug. Diss. Greifswald 1899, p. 6. — Jerosch W. [*K. hydat. du rein gauche néphrect.*], in J. Inaug. Diss. Greifswald 1899, p. 7-13.

Karewski. *Ueber Nierenechinococcus.* Deutsc. med. Wochenschr. 1893, p. 1071 — Kirmisson (cas de Billroth). Gaz. Hôp. 1888, p. 137; Bull. et Mém.

Soc. Chir. 1897, p. 418. — KNIE. *Echinokokkus der Niere. Néphrectomie. Heilung*. St-Petersbourg. Med. Wochenschr., 1888, p. 317-319. — KOCH. [*Un cas rare d'echinococcose*]. Vratch 1893, p. 1133-1136. — KOLATCHEVSKI. [*K. hydat. du rein gauche.*] Compt. Rend. Soc. Med. Odessa 1883, p. 16; in Alexinsky, loc. cit. obs. 1, p. 124 (Suppl.). — KONIG. *Echinococcus der Nierencapsel*, in Dulitz, Inaug. Diss. Kiel 1874; in G. Simon, loc. cit. obs. 9, p. 74. — KRASKE, voir Roscher et [Kraske]. — V. KRASSINTZEFF. [*K. hydat. du rein gauche*], in Kras. loc. cit. Chirurgia, t. XV, 1904, p. 10-21, obs. 3. — KRÖNLEIN, voir Wyss et [Krölein]. — KÜMMEL. [*K. hydat. du rein droit, néphrect. partielle. Guérison*], in K. loc. cit. Archiv f. klin. Chir. t. XLVI, 1893, obs. 3, p. 316-318; in Verhandl. der deuts. Gesselsch. f. Chir. XXII^e Congr. 12-15 avril 1893 Berlin, p. 151-154. — KÜMMEL [*K. hydat. des deux reins marsupialisés successivement*], in K. et R. loc. cit. Beitr. z. Klin. Chir. t. XXXVII, 1903, obs. 137, p. 959. — G. KÜSTER. *Abgestorbener Echinokokkus der linken Niere Punktion ergiebt erbsensuppenähnliche Flussigkeit Nephrotomie. Heilung*, in K. loc. cit. obs. 16, p. 666. — G. KÜSTER. *Echinococcusblasen der rechten Niere und der Leber. Lendenschnitt. Entleerung beider Blasen. Heilung*, in K. loc. cit. obs. 15, p. 664. — G. KÜSTER. *Lebender Echinokokkus der linken Niere. Erster Akt der zweitigen Operation nach Volkmann. Tod an Endocarditis und hämorrhagischer Pericarditis*, in K. loc. cit. obs. 17, p. 669.

LAFOURCADE. *Un cas de k. hydat. du rein*. Gaz. Hôpit. 1896, p. 767. — LANCE ET [RICARD]. *K. hydat. du rein gauche. Néphrectomie.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1902, p. 877-880. — DE LAPERSONNE ET [TROISIER]. *K. hydat. du rein gauche. Déchirure traumatique du rein et épanchement de sang dans la cavité du k.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1880, p. 554. — LEAKE, in Stinson. Trans. Texas State Medic. Associat. 1900, p. 294. — LE DENTU. [*K. hydat. du rein gauche. Ponction; puis incision*], in Braillon, th. Paris 1894, obs. III, 88, p. 107. — LE DENTU. *K. hydat. suppuré du rein droit, mobile. Laparotomie. Drainage de la poche sans fixation à la paroi abdominale. Guérison en cours*, in L. D. Chirurgie du Rein, des Uretères et des Caps. surr., Paris 1889, obs. 26, p. 511. — LE FUR ET [REBLAUB]. *K. hydat. rénal suppuré. Néphrotomie.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1899, p. 365. — LEGUEU. *K. hydat. du rein.* Bull. et Mém. Soc. Chir. 1901, p. 681. — LEHMANN ET SCHMIDT. [*K. hydat. du rein gauche*], in Leh. Inaug. Diss. Greifswald 1894. — LEJARS. *K. hydat. du rein droit opéré par la méthode du capitonnage. Rapide guérison.* Bull. et Mém. Soc. Chir. 1900, p. 485. — LEONTE. [*K. hydat. du rein. Nephrect. transp. Guérison*]. Bull. et Mém. Soc. Chir. Bucarest, t. IV, 1901-1902, p. 41-44. — LEONTE ET BOTESCU. *Kist idiatic al rinichiului drept. Néphrectomie transperitoneala. Vindecare.* Spitalul, t. XVIII, 1898, p. 275-277. — LEWKOWICZ. *Fall von Echinococcus der Niere.* Soc. Med. Cracovie, 30 mars 1898, in Klin. Therap. Wochenschr. 1898, p. 514. — LOUMEAU. *K. hydat. suppuré du rein gauche, développé à la suite d'une violente contusion lombaire. Néphrotomie lombaire. Guérison.* Ann. Mal. Org. génit.-urin. 1899, p. 1176.

MADELUNG ET [MEYERSOHN], voir Meyers. — MARCHANT (GÉRARD). *K. hydat. du rein.* Bull. et Mém. Soc. Chir. 1902, p. 682 et 821. — MARTEL, voir Michon, [Dieuzaide et Martel]. — MEINEL. *Ein Fall von unilocularem Nierenechinococcus.* Muench. medic. Wochenschr. 1901, p. 389. — MEYERSOHN ET [MADELUNG]. [*K. hydat. du rein gauche. Echinocostomie*], in Madel. loc. cit. obs. 151, p. 134. — MICHON [DIEUZAIDE ET MARTEL]. [*K. hydat. de la rate ou du rein. Opération de Récamier. Guérison*], in Béraud, th. Paris 1861, obs. 38, p. 85. — MONOD. *K. hydat. du rein droit.* Gaz. Hebd. Méd. et Chir. 1901, p. 217; Bull. et Mém. Soc. Chir. 1901, p. 666. — MURPHY. *Operations for hydatid.* Nothumberl. A. Durham. Medic. Soc., in Brit. Medic. Journ. 1896, t. I, p. 598.

NAPALKOF. [*K. hydat. du rein droit*]. Trav. de la clin. chir. hospit. du Prof. Diakonof, t. II; in Bogoluboff, loc. cit. Archiv. Chir. Russe 1904, obs. 92, p. 860. — NÉLATON ET [PÉAN]. [*K. hydat. du rein ou de la rate, traité par la méthode de Récamier. Péritonite. Mort*], in Béraud, th. Paris, obs. 36, p. 80. —

NICOLICH. *K. hydat. dans un rein unique. Anurie datant de 10 jours.* Ann. Mal. Org. Génit.-Urin. 1902, p. 1317.

OPITZ, voir Gosch et [Opitz]. — ORLOWSKI, voir Trophimoff et [Orlowski].

PATON. *A case of hydatid of the kidney.* Lancet 1905, t. I, p. 159. — PÉAN, voir Nélaton et [Péan]. — PÉAN. *K. hydat. du rein gauche. Hydat. dans les urines. Néphrotomie. Guérison avec persistance d'une fistule urinaire lombaire,* in Brodeur, th. Paris 1886, obs. 81, p. 129-137. — PÉAN. [*K. hydat. suppuré du rein droit. Néphrotomie. Guérison.* P. Leçons cliniques, t. IV, 1886, p. 1139; in Brodeur, th. Paris 1886, obs. 82, p. 137. — PEYROT. [*Trois cas de k. hydat. du rein traités par marsupialisation*]. Bull. et Mém. Soc. Chir. 1897, p. 428. — PEYROT. [*K. hydat. du rein. Vomissements d'hydat. Néphrectomie*]. Bull. et Mém. Soc. Chir. 1897, p. 428. — PLUYETTE. *K. hydat. du rein droit. Néphrectomie. Lithiase biliaire. Cholécystotomie idéale.* Marseille Méd. t. XXIX, 1902, p. 593-597; Bull. et Mém. Soc. Chir. 1902, p. 827. — POLLOSSON. *K. hydat. du rein. Laparotomie médiane.* Bull. Soc. Chir. Lyon, t. V, 1901-1902, p. 9; in Pollos. loc. cit. Lyon Médic. t. II, 1902, p. 335. — POLLOSSON. [*K. hydat. du rein droit. Néphrotomie lombaire*]. Lyon Médic. t. LXXIV, 1893, p. 37-46. — POSADAS. [*K. hydat. du rein gauche. Résection de la presque totalité de la membrane fibreuse. Suture du sac. Guérison*], in. P. loc. cit. Ann. del circulo Medic. Argentino, 30 déc. 1895, obs. 4. — POSNER. *Echinocok der Harnwege.* Verhandl. ärztl. Gesselschaft. 16 février 1898, in Berlin; Klin. Wochenschrift 1898, p. 205; in Manasse, loc. cit. Zuelzer's Blatt 1898, p. 597. — POSTEMPSKI (PAOLO). *Nefrectomia lumbare per cisti da echinocco del rene sinistro. Guarigione.* Bull. de Acad. Medic. Roma, t. XIX, 1892-93, p. 422. — PREINDLSBERGER. *Ueber Nierenechinococcus.* Wun. Klin. Rundschau 1901, p. 179. — PUPOVAC. [*K. hydat. du rein gauche. Nephrectomie*], in Pup. loc. cit. Wun. Klin. Wochenschr. 1901, p. 1173-1177. — PUPOVAC ET [GUSSENBAUER]. [*K. hydat. du rein droit. Marsupialisation*], in Pup. loc. cit. Wun. Klin. Wochenschr. 1901, p. 1173-1177.

RASOUMOVSKY, voir Bogoluboff et [Rasoum]. — REBLAUB, voir Le Fur et [Reblaub]. — RENDU, voir Havage et [Rendu]. — RIBERA Y SANS. *Quiste hidatidico de la cara ant. del rinon,* in R. loc. cit. Rev. de Med. y Cirug. pract. Madrid, t. XXXIX, 1896, p. 445. — RICARD. [*K. hydat. du rein droit*]. Bull. et Mém. Soc. Chir. 1902, p. 672. — RICARD, voir Lance et [Ricard]. — ROCHE ET [VILLENEUVE]. *Hydat. du rein,* in Roche, th. Lyon 1897, obs. 6, p. 89; Ann. Mal. Org. Gen.-Urin. 1898, p. 700. — ROSCHER ET [KRASKE]. [*K. hydat. du rein droit. Echinocotomie. Marsupialisation*]. Roscher, Inaug. Diss. Freiburg 1898, p. 118-123. — ROSENBAUM. [*K. hydat. du rein gauche*]. Compt. Rend. Hôpit. Michel, Tiflis 1890, p. 98; in Alexinsky, loc. cit. obs. 3, p. 124 (Supplém.). — RUMMO. *Cisti da echinococco del rene.* Riforma Medica, 1900, t. IV, p. 650-653.

SANGER. *Echinococcus hydatidosus der rechten Niere. Coelio-Nephrektomie. Heilung,* in Sang. loc. cit. Deutsch Zeitschr. f. Chir., t. XXXIV, 1893, obs. 3, p. 376-380. — SARRAZIN (Albert). *Ein Fall von Echinococcus der rechten Niere und seine Heilung durch Nephrectomie,* Sur. Inaug. Diss. Göttinguen 1904, p. 10-13. — SCHEDE. [*K. hydat. du rein droit. Néphrect. para-péritonéale. Guérison*], in Schede, Meine Erfahrungen uber Nierenextirpation. Hamburg 1889; Deutsch Zeitschr. f. Chir., t. XXXIV, 1893, p. 360, in Wüthrich. Inaug. Diss. Freiburg 1898, obs. 2, p. 10-14. — SCHMID. *Echinococcus der Niere. Operation. Heilung.* Medec. Correspondenzbl. d. Wurtt. ärztl. Landsvereins 1903, p. 185. — SCHMIDT, voir Lehmann et [Schmidt]. — SCHULTE ET [HELFERICH]. [*K. hydat. du rein gauche. Marsupialisation*], in Sch. Inaug. Diss. Greifswald 1896, p. 22-26. — SENDLER. [*K. hydat. du rein droit traité par marsupialisation* [illegible] *péritonéale*]. Med. Gessellsch. zu Magdeburg, 20 mars 1897, in Munch. med. Wochenschr. 1897, p. 725. — SERAPIN ET [VELIAMINOF]. [*K. hydat. du rein droit. Nephrect. lomb. Guerison*], in Ser. loc. cit. Ann. Chir. Russe 1898, n° 1. — SHEWEN. *Hydatid of the kidney.* Austral. Medic. Gaz. 1889-90, p. 134. — SIMON G. ET [THIERFELDER]. *Sehr grosse Echinococcus Geschwulst in der linken Seite,* etc. Mitth. aus der chir. klin. zu Rostock, I Abt. p. 151, Leipzig 1868;

in G. Simon, loc. cit. obs. 6, p. 63. — Simpson Wood, voir Fitzgerald et [Simp. W.]. — Spiegelberg Otto. *Echinococcus der rechten Niere; Verwechstung mit Ovarialkystom*; *Exstirption*, *Tod.* Archiv. f. Gynacol. Bd I, 1870, p. 146. — Spiegelberg Otto. *Median gelagerte Cyste des Unterleibes und Mittelbauches Zweifelhaften Ursprunges; etc.* Archiv. f. Gynäcol. Bd III, 1872, p. 272. — Stein. *Ueber Echinococcus der Niere.* Wiener klin. Wochenschr. t. XIII, p. 1900, p. 993-95. — Stinson (J.-B.). *Renal hydatids; report of a case.* Trans. Texas State Med. Associat. 1900, Austin, p. 292-294.

Lawson Tait. *Hydatid tumour of kidney*: *tapping followed by complede cure.* Lancet 1876, t. I, p. 347. — Lawson Tait et Christopher Martin. *Hydatid cyst of the kidney.* Midland med. Soc. 26 novembre 1890; Prov. med. Journ. Leicester, t. X, 1891, p. 15.

Tansini. *Nefrectomia transperitoneale per cisti d'echinococco.* Clin. Chir. Milan 1893, t. I, p. 10-14. — Tédenat. *K. hydat. flétri de la surface du rein gauche*; *néphralgies et hématuries répétées*; *caillot sanguin expulsé après une violente attaque de coliques néphrét. représentant un moule complet de l'uretère. Néphrotomie. Ilots multiples de sclérose au voisinage du k. hydat. qui est excisé. Disparition des hématuries*, in Ted. loc. cit. Associat. franç. d'Urologie 1899, p. 97. — Terrier. *K. hydat. du rein droit. Ablation du k. avec résection conservatrice du rein.* Bull. et Mém. Soc. Chir. 1902, p. 666-670. — Thierfelder, voir G. Simon et [Thierf.]. — Thiersch, voir Vogt, Wagner et Thiersch. — Tóth István. *Veseechinococcus*; *nephrectomia.* Orvosi hetilap 1901, p. 205; Gynaekologia, B. P. 1902, p. 26-28.

Treuberg. *Ueber Nierenechinococcus.* St-Petersb. Med. Wochenschr. 1896, Russ. Litterat. Beil. n° 5; in Roscher, Inaug. Diss. Freiburg 1866, obs. 106, p. 112. — Troisier. *K. hydat. du rein gauche.* Progrès Médic. 1881, p. 345; in Romestan, th. Paris 1861, p. 26. — Trophimoff. [*K. hydat. du rein gauche simulant une tumeur de la rate*], in Troph. loc. cit. Chirurgia t. III, 1898, p. 403. — Trophimoff et [Orlowki]. *K. hydat. du rein droit. Echinocotomie transpéritonéale*], in Troph. loc. cit. Chirurgia t. III, 1898, p. 405. — Tuffier. *K. hydat. du rein droit compliqué d'hydronéphrose. Néphrect.* Bull. et Mém. Soc. Chir. 1900, p. 180, et 1901 p. 667. — Tuffier. *K. hydat. du rein gauche.* Bull. et Mém. Soc. Chir. 1899, p. 759; et 1901, p. 668. — Tunnicliffe et [Bruce Clarke]. *Hydatid of kidney.* St-Barthol. Hosp. Rep. t. XXVII, 1891, p. 163-167.

Vegas, voir Cranwell et Vegas. — Veliaminoff, voir Serapin et [Veliaminof]. — Villeneuve, voir Roche et [Villeneuve]. — Vogt, Wagner et [Thiersch]. [*K. hydat. du rein droit. Néphrect. transpérit. Mort*], in Wag. loc. cit. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. t. XXIV, 1886, p. 549.

Wagner, voir Vogt, Wagner et Thiersch. — Walters F. R., voir Harley et [F. R. Walters]. — Weinlechner. *Echinococcuscyst der rechten Niere.* Med. chir. Centralbl. Wien 1883, p. 587. — Whitell H. T. [*K. hydat. du rein gauche*], in Meissner, loc. cit. Schmidt's Jahrb. t. CLII, 1871, p. 112. — Woodmann et Cayley. *Cystic tumour of the right kidney, associated with echinococcus cyst.* Trans. Path. Soc. London, t. XXV, 1874, p. 174-177. — Wyss et [Krönlein]. [*K. hydat. du rein droit. Echinocotomie. Marsupialisation*], in Wüthrich. Inaug. Diss. Zurich 1894, obs. 1, p. 610; in Wyss, loc. cit. Beitrage zur Klin. Chir. t. XXXII, 1901, p. 7.

Zartarian. *K. hydat. du rein g.* Soc. Imp. Méd. Constantinople, 9 février 1900; Gaz. Méd. d'Orient, 1900, p. 372-381. — Zerenin [*K. hydat. du rein droit. Néphrect. transpérit. Mort*]. Ann. Soc. Chir. Moscou t. XVI 1897, n° 2 p. 104-109; in Alexinsky, loc. cit., p. 277-278. — Zimmermann A. *Echinococcus der rechten. Niere.* Wissenschfatlicher Verein der Militarärzte der Garnison Wien : Wien Klin. Wochenschr., 1905 n° 2; Monatsber. f. Urologie 1905, p. 121.

5. — Kystes hydatiques des reins. Observations que nous avons consultées, mais qui ne donnent que des renseignements insuffisants.

Fergusson. [*Deux cas de k. hydat. du rein, simplement mentionnés*], in Ferg. loc. cit. Northwerstern Lancet, Saint-Paul, t. XIII, 1893, p. 41-48.

6. — Kystes hydatique siégeant peut-être dans le rein. Bibliographie non consultée : références fausses, et documents introuvables que nous avons renoncé à rechercher plus longtemps.

Alexinsky. *Un cas d'échinocoque du rein.* Trav. de la Soc. des Chir. Russes Moscou 1900.

Bose. *De rene per hydatidem penitus destructo.* Weitz neu ausz. Franke. Leipzig.

Lopez A. *Quiste hidatidico del renon.* IIe Congr. cientifico latino-americ. Montevideo 1901.

Murbeck. V. Graefe v. Walthers Journ. Bd XVII.

Prota. *Cesti da echinococco del rene sinistro. Incurabili.* Napoli 1895? t. X, p. 345-351.

Schneider (Josephus Johannus). *De echinococcis renum.* Inaug. Diss. Berlin 1866, 32 p. — Schuppmann. Organ. f. die gesammte Heilkunde, Bonn t. VII, 1842. — Splomet et Walfer. *Zwei cysten anciner benegeichen Niere operierte.* Mith. v. ver. d'Aerzte in Steiermarck 1890, p. 197.

Titius. *De renum vitiis comment. IV renis hydat. obressi descriptio.* Viterbergae 1799.

Vollini. *Acephalocystensack der linken Nieren Sectionsbefund.* Archiv. d. ver. f. Wissenschaft. Leipzig. 1864.

7. — Observations considérées parfois comme se rapportant à des cas de kystes hydatiques des reins. et que nous avons éliminées.

Allaben. *Hydatid tumour.* North Americ. Practition. Chicago t. III, p. 612-617.

Boinet. [*K. hydat. ouvert à la région lombaire*], in Beraud, th. Paris 1861, obs. 33, p. 72. — Bouchacourt. *Mém. sur la dégén. hydat. et hydatif. des reins chez le foetus.* 8o Lyon 1844. — Bravo y Coronado. Congresso annal. Hispano Portug. de Cirurgia y sus especialidodes reatmal. Madrid 16-24 avril 1894. — Bristowe. *Association of cystic disease of the liver and kidneys.* Trans. Path. Soc. London, t. IX, 1859, p. 174.

Ewald. *Zur fatalem cysticen Degeneration der meren.* Deutsch. medic. Wochenschr. 1891.

Farradesche-Chaurasse. *Obs. sur un rhumatisme chronique, terminé par un abcès à la région lombaire gauche qui renfermait près de 600 hydat.* Biblioth. Medic. t. XLIII, 1814, p. 111. — Fitz Patrick. [*K. hydat. du rein droit ou de la région lomb.*], in F. P. loc. cit. Australas. Medic. Gaz. t. XIII, 1894, p. 399, obs. 3. — Fussel. *On a case of hydatid of kidneys.* Lancet 1851, t. I, p. 377.

Harvey. [*Hydat. des reins*]. Trans. phil. ann. 1668, n° 44.

Jacobson. *K. de l'extrémité inf. du rein gauche. Compression de l'uretère. Pyelonephrite supp. g.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1896, p. 294. — Jannin. *Fait pratique de chirurgie concernant un dépôt d'hydat. à la région lombaire.* Journ. Med. Sedillot t. XXIII, 1805, p. 254-261; Biblioth. Medic. t. X, 1805, p. 111.

Koenig. [*K. des reins, 3 obs.*]. Trans. of a. Soc. for impra. of Medic. and

chir. Knowledge, t. III, p. 201 et 220. — KORTUM. [*K. hydat. de la fosse iliaque à point de départ peut-être rénal*], in Madelung, loc. cit. obs. 150, p. 135.

LEBOUCHER. *K. nombreux du foie et des reins.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1869, p. 243. — Lettre sur la mort de M. Court de Gibelin, s. l. n. d. 14 p. Biblioth. Nat. Paris T B62 1, t. III. — LIPARI. *Accessi de nevralgia epatica per cisti d'echinococco. Nefrite diffusa mista.* Lavori d. Congres. de med. int. 1892 Milano, 1893, t. V, p. 518-520.

MACKENZIE BEACON. [*K. hydat. probablement du foie ouvert dans le péritoine*], in Béraud th. Paris 1861, obs. 71, p. 30. — MORGAGNI. [*Obs. d'hydat. rénales*]. Morg. De sed. et causis morb. Epist. 17, art. 14; Epist. 21, art. 15; Epist. 38, art. 40; Epist. 42, art. 11; Epist. 60, art. 6. — MURCHINSON. *K. hydat.* (?) *du rein droit ou du foie*, in Murchins. loc. cit. trad. franç. Cyr. Paris 1878, obs. 8. p. 25.

OBÉDÉNARE. *K. du rein pris pour un k. du foie.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1865, p. 333-338. — OESTERLEN. *Ausserodentliche Vergrœsserung der Nieren urd hydatidrenbildung bei einem Neugeboren.* N. Zeitschr. f. Geburtsch. t. VIII, 1840, p. 387-394.

DE LA RANADA (PEDRO). *Observacion rara de unas masas enormes desamollada en el tejido de les rinones; hidropesia, asatis, muerte.* Boletin. de medicina, cirurgia y fermacia, Madrid 1848, p. 337.

SCHIFFER. [Deux obs. contestables], in Bremser, Traité des vers Intestin. Paris 1824, p. 276; in Journ. Hufeland, t. VIII, p. 54 et 56; Rayer, loc. cit. t. III, p. 560. — SEIDEL. [*K. dermoïde du mésentère pris pour un k. hydat. du rein gauche*]. Jen. Naturw. Zeitschr. II, 1865; in Virchow's Jahresb. 1865, t. IV, p. 192. — SIMIONESCU. *Chiste hidatidice ale ficatului si a cavitatei peritoneale; nefrita parenchymatosa, anurie, laparotomie, morte, necropsie*, Spitalul, Bucarest, t. X, 1890, p. 210-216.

WALSH. *Large cyst of the kidney cured by tappeng*, trish. Hospit. Gaz. 1873, p. 83; Rev. des scienc. médic. 1873, t. II, p. 906. — WILKS. *Association of cystic disease of the liver and kidneys*, in Bristowe, Trans. Path. Soc. London, t. IX, 1859, p. 174. — WILLIS. [*K. du rein droit*], in W. Path. cereb. cap. 19; in Chopart, loc. cit. t. I, p. 142.

B. — Observations relatives à des cas de k. hydatiques autres que des k. hydat. du rein — ou relatives à des k. dont le siège rénal ne peut être démontré — et communiquant pourtant avec les voies urinaires.

1. — Observations relatives à des cas de k. hydat. ouverts dans les voies urinaires : il s'agit le plus souvent de k. du bassin ou en la partie inférieure de l'abdomen communiquant avec les vessies.

AINSWORTH (F. C.). *A case of hydatids of the bladder with report of autopsy.* N. Y. Medic. Rev. t. XVIII, 1880, p. 346. — ALBERT. [*K. hydat. ouvert dans la vessie*]. Soc. Imp. Roy. des Médecins de Vienne, 14 mai 1892.

BIRKETT ET CALLAWAY. [*K. hydat. ouvert dans la vessie à la suite d'un cathétérisme*]. Med. Tim. a. Gaz. 1855, t. I, p. 161, 2e col. ligne 29. — BIRNBAUM. *Ein Fall von Volkammeriger Echinococcusgeschwulst als Geburtshindernis.* Monatschr. f. Geburtskunde. Frauenkrankheit. t. XXIV, p. 428-432. — BLÖNDAL. [*K. hydat. ouvert dans la vessie*], in Jonassen, th. Copenhague 1882, p. 105. — BRITTAIN ET [HUGHUES]. *Large hydatid tumour of the pelvis situated betvveen the bladder and the rectum. Death. Autopsy.* Medic. Tim. a. Gaz. 1861, t. II, p. 323.

CALLAWAY, voir Birkett et Callaway. — COCK. [*K. hydat. ouvert dans la vessie à la suite d'un cathétérisme*]. Medic. Tim. a. Gaz. 1855, t. I, p. 161 2e col. 24e ligne.

ELDRIDGE (STUART). *Echinococci in the female bladder; cystitis; excessive dilatation of urethra; cure.* Americ. Journ. of Medic. Scienc. t. XIV, 1881, p. 106-108.

FAIRBANK. *Retention of urine a hydatid cyst in the pelvis.* Trans. Clin. Soc. London t. XXIII, 1890, p. 224. Brit. Med. Journ. 1890, t. I, p. 1248. — FELDING BEST FYNNEY. *The history of hydatids discharged with the urine.* Mem. of the Medic. Soc. London, 1789, p. 516-519. — FURBRINGER. [*K. hydat. multiples de l'abdomen; ouverture de l'un d'eux dans la vessie*], in Furbr. Inaug. Diss. Iena 1887, obs. 42, p. 22. — FURSTENBERG ET [MARIACHESS]. [*K. hydat. para-vésical incisé par laparotomie; à la suite communication du k. avec la vessie*]. Gaz. Hebd. Médic. de la Russie méridion. 1892, n° 4, in Ann. Mat. Org. Génit. — Urin. 1901, p. 1161. — FURSTENBERG ET [MARIACHESS]. [*K. hydat. rétro-vésical ouvert dans la vessie*]. Ann. Mal. Org. Génit.-Urin. 1901, p. 1163.

GUIBOUT. [*K. du rein ou du foie ouvert dans les voies urin.*] Soc. Méd. départ. Seine, 6 juillet 1856; in Beraud th. Paris 1861, obs. 34, p. 74.

HENCZYNSKI A. [K. hydat. ouvert dans la vessie], in Henc. loc. cit., obs. 19, p. 47-49. — HUGHUES, voir Brittain et [Hughues].

JAMES, voir Thomson et [James], et Newmann et [James]. — JONASSEN. [*K. hydat. ouvert probablement dans la vessie*], in Jon. th. Copenhague 1882, p. 105. — JONASSEN. [*K. multiples. Émission d'hydat. avec les urines et par le vagin*], in Jon. cf. Copenhague 1882, obs. 36, p. 188-196.

MAGNUSSON. [*K. hydat. du flanc gauche en communication avec les voies urinaires*], in Magn. loc. cit. Hospitals Titende 4 R. III, Bd. q. 1895 (obs. 6). — MOSLER. *Ueber Abgang von Echinococcusblasen durch den Harn.* Soc. Med. Greifswald 5 févr. 1887, in Deuts. med. Wochensch. 1887, p. 507.

NEWMAN ET [JAMES]. — *A case of hydatid of the bladder.* Austr. Medic. Journ. 1881, p. 8.

POULTON B. [*K. hydat. rétro-vésical ouvert dans la vessie*], in P. loc. cit. Australas. Medic. Gaz. 1896, p. 320.

W. ROBERTSON. *Echinococcus Hepatis. Durschbruch in die Harnwege-Heilung*, in Roberts. Inaug. Diss. Freiburg 1890, obs. 3, p. 31-34.

SCHMALFUSS. [*K. du foie ou du rein ouvert dans les voies urin.*], in S. Inaug. Diss. Breslau 1868, p. 10. — SCHROTTER. [*K. hydat. du foie ou du rein ouvert dans les voies urin.*], in Meissner, loc. cit. Schmidt's Jahrb. t. CLII, 1871, p. 113.

THOMSON J. R. ET [JAMES]. *Case of hydatid of the bladder.* Austr. Medic. Journ. 1879, p. 425. — TYSON. *Obs. of what did praeternaturally occur in the opening of the body of M. Smith of Highate*, july 8th 1687. Philos. Trans. seu Compt. Rend. Soc. Roy. Sciences Londres 1687, n° 188, art. 1, p. 332-334.

WITTE. [*K. hydat. peut-être du rein ouvert dans les voies urin.*], in W. Inaug. Diss. Berlin 1862.

2. — Observations relatives à des cas de k. hydat. ouverts à la fois dans les voies urinaires et les voies digestives inférieures.

BARTHEZ. *Tumeur hydatifère du foie, issue d'hydat. par l'anus et par la vessie. Guérison*, in Cadet de Gassicourt, th. Paris 1856, obs. 9, h. 20. — BÉLA IMRÉDY. [*Hydat. rendues par l'anus et l'urèthre*]. Orvosi hebelap. 1896, nos 1 et 2, obs. 6. — BRUN. [*K. hydat. du bassin ouvert dans la vessie et le rectum*], in Brun, th. Paris 1834, p. 37.

CHADWICK, voir Freund et Chadwick.

FREUND (W. A.) et [CHADWICK (J. R.)]. [*K. hydat. de l'uterus avec émiss. d'hydat. par le vagin, le rectum et l'urèthre*]. Americ. Journ. of Obstetrics, t. VII, 1874-75, p. 668-679.

Hickman, voir Quain et [Hickm.].

Lansdowne. *Cyst between the bladder and the rectum, causing retention of urine; examination of the contentes; recovery.* Lancet 1871, t. II, p. 677.

Pascal. [*Emiss. d'hydat. par l'anus et l'urèthre*]. Journ. de Fourcroy, la Méd. éclairée par les sciences physiq. Paris 1771, t. 1, p. 87.

Quain et [Hickman]. *Hydatid cyst of pelvis. Puncture by the rectum. Suppuration of the sac. Recovery.* Med. Tim. a. Gaz. 1860, t. I, p. 495.

3. — Émissions d'hydat. avec les urines. Le siège du k. est indéterminé.

Barthez. [*Émiss. d'hydat. avec les urines*]. Bull. et mém. Soc. anat. 1836, p. 172. — Brachet. [*Emiss. d'hydat. avec les urines*]. Rev. méd. 1831, t. IV, p. 105. — Brouillon, voir Roche et B.

Copland. [*Emiss. d'hydat. par l'urèthre*], Dict. pract. med. art. Kidneys, sect. 243; in Birkett, loc. cit. Guys Hospit. Rep. t. VII, 1851, p. 301. — Creplin. *Bläsenschwange mit dem Urine ausgeleert.* Mueller's Archiv f. Anat. v. Phys. v. Wissensch. med. 1840, h. 2, p. 149.

Durrant. [*Émiss. d'hydat. avec les urines*]. Prov. M. a. S. Journ., mars 1851; in Birkett; loc. cit. Guy's Hospit. Rep. t. VII, 1851, p. 301.

Finsen [*Émiss. d'hydat. par les voies urinaires*]. Archiv. gén. méd. 1869, t. I, p. 204.

Grazia y Alvarez. *Hidatides del rinon.* Sigl. med. Madrid 1861, n° 407. — Gruschow. [*Émiss. d'hydat. avec les urines*], in Madelung, loc. cit. obs. 146, p. 132.

Hannover. [*Émiss. d'hydat. avec les urines*], in Birkett, loc. cit. Guy's Hosp. Rep. t. VII, 1851, p. 301. — Hecker et Müller [*Émiss. d'hydat. par les voies urinaires*]. Archiv f. Anat. v. Phys. 1836, h. 5, p. 108. — Hjalmarsons. [*Émiss. d'hydat. avec les urines*], in Jonassen, th. Copenhague 1882, p. 104. — Houillier. *Hydat. émises par l'urèthre*, Hollerii opera, lib. I, de Morbis internis Paris 1664, cap. 50; in Rayer, loc. cit. t. III, p. 555.

Jardine. *Passage by the urethra of a small portion of hydatid cyst. Recovery.* Med. Tim. a. Gaz. 1858, t. I, p. 161 (obs. 54) et 235.

Kuchenmeister. *Ein am lebenden, übrigens gesunden Menschen diagnosticirter Fall einer Harnapparate, wahrscheinlich in einer Niere, wohnhaften Echinococcus Colonie.* Deuts. Klin. Berlin, 1852, p. 281.

Müller, voir Hecker et M.

Niederkorn [*Émiss. d'hydat. avec les urines*]. Bull. Soc. scienc. méd. Gr.-Duch. Luxembourg 1863, p. 81.

Palle. *Poche hydat. expulsée avec les urines.* Bull. Soc. Méd. Reims 1874, p. 101-104.

Roche et [Brouillon]. *Hydat. rendues par l'urèthre*, in R. th. Lyon 1897, obs. 8, p. 100.

Skaptason. [*Deux observations d'émiss. d'hydat. avec les urines*], in Jonassen, th. Copenhague 1882, p. 104.

Weitenkampf. *Hydatiden der Blase.* Prov. Sanitaetsber. des k. med. College v. Pommern, 1835, p. 52; Wochenschr. v. Casper 1836, n° 45. — Wharthon. [*Hydat. émises avec l'urine*]. Whart. Adenographia 1656; in Rayer, loc. cit. t. III, p. 558.

C. — Observations se rapportant à des cas de k. hydatiques non ouverts dans les voies urinaires, mais présentant d'intéressantes connexions avec cet appareil. K. hydat. de la capsule surrénale, k. soi-disant de la prostate et des vésicules séminales, k. pararénaux.

ALBERTS. *Rechseitige anterenale. Echinococcuscyste, Probeschnitt partielle excision, Drainage, Heilung.* Berlin. Klin. Wochenschr. 1876, p. 317.

BALDINI ET [MUZEL]. *Caso di voluminoso echinococco del tessuto perirenale simulante una cisti ovarica.* Rev. Clin. de Bologna 1878, n° 5 et 6 ; Centrabl. f. Chir. 1879, p. 254 ; in Bœckel, loc. cit. obs. II, p. 72. — BITTER. *Ein Fall von Echinococcus retro-peritonealis.* B. Inaug. Diss. Greifswald 1886, p. 9-14,

BOECKER (AUGUST). [*K. hydat. du cœur*; *hydatide dans l'artère rénale*], in B. loc. cit. Inaug. Diss. Berlin 1868, obs. 18, p. 14. — BOECKER AUGUST [*K. hydat. rétro-péritonéal, proche du rein gauche*], in B. loc. cit. Inaug. Diss. Berlin 1868, obs. 29, p. 33. — BOLTON BANGS. *Hydatid cyst of the prostate.* Trans. N. Y. Surg. Soc. 23 janv. 1901, in B. loc. cit. Annat. of Surg. t. XXXIII, p. 565. — BROCA. *K. hydat. abdom. multiples consécutifs à la rupture d'un k. du foie.* Bull. et Mém. Soc. Chir. 1901, p. 317. — BUTREUILLE HENRI. *Kyste multiloculaire de la prostate.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1878, p. 265.

CRANWELL ET VEGAS. *K. hydat. pararénal*, Cr. et Veg. loc. cit. Obs. 962, p. 463.

GARDNER. [*Trois cas de k. hydat. pararénaux*], in G. loc. cit. Interc. q. Journ. Med. a Surg. t. I, 1894-95, p. 147.

HUBER. *Zur casuistik der Addisonscher Krankheit.* Deuts. Archiv f. Klin. Med. t. IV, 1868, p. 613. *Echinococcus multilocularis der Niebenniere*, eod. loc. t. V, 129, p. 139.

JONES. *Specimen of hydatid the subperitoneal cellular tissue.* Trans. Path. Soc. London 1854, p. 298-301.

KAREWSKI. [*Deux obs. de k. hydat. pararénaux*], in K. loc. cit. Berlin. Klin. Wochenschr. 1899, p. 725-726.

LEGRAND ET [TILLAUX]. [*K. hydat. du muscle vésical*], in L. th. Paris 1890, obs. 1, p. 37. — LE SAUVAGE. *Obs. sur plusieurs k. hydat. contenus dans le foie et l'épiploon. Sur un étranglement d'intestin, à l'intérieur de l'abdomen et sur une rétention d'urine par le développement d'un k. dans les parois de la vessie.* Bull. Inc. Méd. 1812-1813, t. III, p. 439-449. — LOWDELL G. *Hydatid cyste, ather originaling in or pressurg upon the prostate gland.* Trans. Med. a Surg. Soc. t. XXIX, 1846, p. 253.

MALLEZ. *Des k. de la prostate.* Planty-Mauxion, th. Paris 1878, obs. 4, p. 21 ; Bull. Soc. Méd. prat. Paris 1879, p. 33. — MERCIER. *Grand k. du rein droit*, in M. loc. cit. Union Médic. Canada. Montréal, t. XXIX, 1900, p. 427-429. — MILLET, voir Nicaise et Millet. — MORAND. *Obs. sur des sacs membraneux pleins d'hydat. sans nombre, attachés à plusieurs viscères du bas-ventre, et découverts par l'ouverture d'un cadavre.* Mém. de l'Acad. Roy. des Sciences 1722, p. 158-164. — MURCHINSON. *K. hydat. du foie, du rein droit et du grand épiploon*, in Murch. loc. cit. obs. 44, p. 130. — MUZEL, voir Baldini et [Muzel]. — NICAISE (ÉDOUARD). *Rapport sur une obs. de k. hydat. de la prostate, présentée par M. Millet.* Bull. et Mém. Soc. Chir. 1804, p. 451.

PINAULT. *Hydat. développées dans le foie, dans l'épiploon gastro-hépatique et dans le grand épiploon, avec tumeur située sur les côtes asternales droites*; *pleurésie chronique avec épanchement dans la plèvre droite.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1826, 19-24. — PIZE. *K. hydat. du foie et de la vessie.* Bull. et Mém. Soc. Anat. 1853, p. 76.

TANAGO GONZALEZ Y GARCIA. *Caso de hidronephroses y quiste hidatidica del*

higado. Act. 1re sess. Congr. Hisp. Port. de Cirurgia 1898. Madrid, 1899, p. 235.

THIERFELDER. *Echinococcus am Lig. lat., in Leber, Niere*, in Madelung, loc. cit. obs. 43, p. 97. — TILLAUX. *K. hydat. de la prostate*. Bull. et Mém. Soc. Chir. 1883, p. 143-145. — TILLAUX, voir Legrand et [Tillaux]. — TURNER. [*K. hydat. pararénal ouvert dans le poumon droit*]. Bull. gén. thérap. t. XXXV, 1848, p. 226.

VEGAS, voir Cranwell et Vegas.

WALTHER. *K. hydat. sus-prostatique et k. hydat. du foie*. Progrès médic. t. VI, 1887, p. 78. — WINTERBERG W. *A case of hydatid cyst in the prostate gland, complicated with cyst in the peritoneal cavity and liver*. Med. News, N. Y. t. LXIX, 1896, p. 521.

II. — RECUEILS DE DOCUMENTS (OUVRAGES, PÉRIODIQUES, THÈSES)

ALBARRAN. *Traitem. chirurgic. des k. hydat. du rein*. Presse médic. 1901, t. II, p. 93-95. — ALEXINSKY. *Des k. hydat. de la cavité abdomin. et de leur traitem. opéra*. Moscou 1899, 338 p. Suppl. 168 p. — ARETAEAS. *Chirur. Behandl. der Hydat. der Niere*, Verhandl. der X. Intern. Med. Congress 1890 Berlin, 1891 t. III, Abt. VII, p. 222.

BAHR. *Ein Beitrag zur Kenntniss der Echinococcenkrankeit in Vorpommern*, Inaug. Diss. Greifswald 1893, 49 p. — BARADUC. *Traitem. des k. hydat. abdom.* th. Paris 1898, 102 p. — BARKER (HERBERT). *On the developpement of cystic entozoa in the human kidney*. Soc. Med. Londres, 15 déc. 1855; Glascow Med. Journ. t. III, 1855-1856, p. 439-452. — BÉRAUD. *Des hydat. des reins*, th. Paris 1861, 99 p. — BERGER. *Beitr. z. Casuistik der Echiokokkuskranheit*. Inaug. Diss. Berlin 1885, 44 p. — BIRKETT. *Hydatid cysts voided during the oit of micturition*, Guy's Hosp. Rep. 2e s. t. VII, 1851, p. 300-301. — BITTER. *Ein Fall von Echinococcus retroperitonealis*, Inaug. Diss. Grefswald 1886, 24 p. — BLÜMCKE. *Ein Beitrag zur Statist. der Echinococcenkranheit in Vorpommern*, Inaug. Diss. Greifswal 1888, 41 p. — BOBROW. *Statistique russe relative à l'échinococcose*, 1894. — BOECKEL. *Etude sur les k. hydat. du rein au point de vue chirurg.* in-8°, Paris Alcan 1887, 91 p. — BOEKER AUGUST. *Zur Statist der Echinococcen*. Inaug. Diss. Berlin 1868. — BOGAEWSKY. *41 cas de k. hydat. opérés à l'hôp. du distr. de Krementschau du 29 oct. 1884 au 17 juillet 1895*. Compt. Rend. de l'hôpit. prov. du gouvern. de Krementschau 1895; 6e Congrès des Méd. russes Kiew. 1896 (congr. de Pirogoff), in St-Petersb. Med. Wochenschr. t. XXI, 1896; in Alexinsky. — BOGOLUBOFF. *Des k. hydat. du rein*. Arch. Chir. Russe 1904, p. 820-897. — BRAILLON. *Contribut. à l'étude des k. hydat. du rein*, th. Paris 1894, 111 p. — BRODEUR. *De l'intervention chirurg. dans les affect. du rein*, p. 125-142, th. Paris 1880, 576 p. — BBUN. *Dissert. sur une espèce particulière de la tumeur fistuleuse stercorale de l'ombilic suivie de quelques obs. sur diverses mal. méd. et chir.* th. Paris 1834. — BURCKHARTD. *Ueber 3 bemerkenswerthe, diagnostich schwierige, in das Gebiet der Nierénchirurgie gehörige Fälle*, etc. Stutt. ärzll. Verein, in Medic. Correspondenzbl. des Wult ärzll. Landesvereins 1893, p. 98-101, 113-115.

CHARCOT. *Mém. sur les k. hydat. du petit bassin*. Compt. Rend. Soc. Biolog. 1852, p. 101-124. — CADET DE GASSICOURT. *Rech. sur la rupt. des k. hydat. du foie à travers la paroi abd. et dans les org. voisins*, th. Paris 1856, 83 p. — CHAMPENOIS. *Contribut. à l'étude des k. hydat. du rein et à leur traitem.* p. 115. — CHOPART. *Traité des malad. des voies urin.*, édition Pascal 1821, t. I, p. 142-145. — CRANWELL D. ET VEGAS H. *Enfermedades parasitarias. Los quistes hidatidicos en la Republica Argentina*. B. Ayres 1901, in-8°, 466 p.; mêmes auteurs, même titre, in Revista de la Sociedad Medica Argentina, t. XII, 1904, p. 211-229.

. Davaine. *Traité des Entozoaires et mal. vermineuses de l'homme et des animaux*. Paris 1860, in-8°, 838 p. — Dévé. *De l'échinococcose secondaire*, th. Paris 1901, 253 p. — Dieulafoy. Man. Path. Int. t. III, p. 214-219. — Dulitz. *Zur Casuistik der Nierentumoren*. Inaug. Diss. Rostock 1874.

Fenwick E. H. *Thre cases of hydatid of the Kidney*. Trans. Clin. Soc. London, LXXIV, 1891, p. 240-242. — Fergusson. *Hydatids of the liver*. North Western Lancet, St-Paul, t. XIII, 1893, p. 41-48. — Fick. *Zur Casistik der Echinococcus in Menschen*. Deuts. Zeitschr. f. Chir. t. XXIV, 1885, p. 355-368. — Finsen. *Les échinocoques en Islande*. Ugeskrift f. Läger, 3e s. t. III, nos 5 et 8; Archiv. Gén. Méd. 1869, t. I, p. 23-40, 191-210. — Fischer Paul. *Beitrag zur Statistik der Echinococcen Kranheit in Pommern speciell in Neuvorpommern*. Inaug. Diss. Greifswald, 1888, 34 p. — Fitz Patrick. *Notes of some hydatid cases*. Austr. Medic. Gaz. t. XIII, 1894, p. 399. — (W. A.) Freund et (J. R.) Chadwick. *Four cases of echinococci in the female pelvis*. Americ. Journ. of Obstetrics, t. VII, 1874-75, p. 668-679. — Furbringer (Rudolph). *Die Häufigkeit des Echinokokkus in Thüringen*, Inaug. Diss. Iena 1887, 28 p.

Gardner (W.). *Echinococcus cysts of the kidney*. Interc. q. Journ. M. a. S. Melbourne 1894, p. 137-148. — Geiss Paul. *10 Jahre Nierenchirurgie*. Inaug. Diss. Marburg 1899. — Gerster A. G. *A contribution loche surgery of the kidney and the ureter*. Soc. Physicians of german. Dispensary N. Y. 24 février 1897; Americ. Journ. of Medic. Scienc. t. CXIII, 1897, p. 677-700. — Gervais de Rouville. *Des nephrect. partiellen*, th. Paris 1894, 72 p. — Gosch. *Ein Fall von Nierenchinococcus aus der gyn. abt. Univ. Frauenklin, Marburg*, Inaug. Diss. Marburg 1905, 27 p. — Grohé. *Weiterer Beitrag zur Nierenchirurgie*. Archiv f. Klin. Chir. t. LXVI, 1902, p. 178-334. — Guterbock. *Chir. Kranskh. am Unterleil*. Virchow's Jahresb. 1893, t. II, p. 470-519.

Heller. *Echinococcus der Nebenniere*. Ziemssen's Handb. der speciel. Path. v. Therap. Bd III, 2e Aufl. 1816, p. 350. — Henczynski (A.). *Ueber Entleerung von Echinococcen aus der Harnblase*. Beitr. z. Wissensch. Med. Festschrift. Theod. Thierfelder Leipzig 1895, p. 33-54. — Hildebrand Otto. *Beitr. zur Nierenchirurgie*. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. t. XL, 1895, p. 90-149, obs. 102. — Houzel. *Contrib. à l'étude des k. hydat. du rein*. Rev. Chir. 1898, p. 689-705, p. 811-830.

Jerosch Walther. *Zur casuistik der Nieren-Echinokokken; ein Fall von vereitirten und durch Nephrectomie Geheilten Nieren-Echinokokkus*. Inaug. Diss. Greifswald 1899, 30 p. — Jonassen. *Ekinokok sygdommen, belystved islandske Laegers Erfaring*, th. Copenhague 1882, 268 p.

Karewski. *Ueber primären retroperitonealen Bauch. Eehinococcus*. Berlin. Klin. Wochenschr. 1899, p. 725-726. — Krassintzeff V. *Casuistique et trait. des k. hydat*. Chirurgia, t. XV, 1904, p. 10-21. — Kümmel H. *Zur Resection der Niere*. Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Chir XXIIe Congr. 12 15 avril 1893 Berlin, p. 146-158; Archiv. f. Klin. Chir. t. XLVI, 1893, p. 310-323. — Kümmel H. et Rumpel O. *Chirurgische Erfahrungen über Nierenkrankheit unter Anwendung der neueren Untersuchungsmethoden*. Beitr. z. Klin. Chir. t. XXXVII, 1903, p. 788-994. — Küster (Ernest). *Die Chirurgie der Harnleiter und der Nebennieren* 718 p. 663-676, in Deuts. Chir. begründet von E. Bergmann und P. v. Bruns. Berlin. Lufer. 52 b.

De Lamer (Paul) *Contribution à l'étude des k. hydat. du rein*. th. Paris 1879. — Lavigne Ste-Suzanne. *Étude des k. hydat du petit bassin*, th. Bordeaux 1893, 123 p. — Lazaras. *Hôpit. St-Ant. et de la Charité (service de MM. Rayer et Berard aîné). Médecine étrangère. Hydat. rénales rendues par l'urèthre, faits analogues*. Gaz. Hôp. 1834, p. 605-607. — Le Dentu. *Affect. chir. des reins, des uretères et des caps. surr.* Paris 1889, in-8° 828 p., p. 501-510. — Legrand. *Contribution à l'étude des k. hydat. de la vessie*, th. Paris 1890, 86 p. — Lehmann. *Ein weiterer Beitrag z. Statistik des Echinococcus hominis in Pommern*. Inaug. Diss. Greifswald 1894, 33 p. — Lettsom. *History of two cases of renal hydatids*. Mem. Med. Soc. London, t. II, 1789, p. 32-42. —

LHUILLIER. *De la rétention d'urine dans les k. du petit bassin*, th. Paris 1903, 92 p. — LIVOIS. *Recherches sur les échinococ. chez l'homme et chez les animaux*, th. Paris 1843. — LYON (IRWING P.). *Echinoc. disease in North. America.* Americ. Journ. of Medic. Scienc. t. CXXIII, 1902, p. 124-141.

MADELUNG (OTTO). *Aerzt Berichte uber 196 Fällen von Echinococcenkranheit beim Menschen*, p. 24-149, in Beitr. Meckl. ärzte z. Lehre der Echinococcenkranheit, von Auftrag des allgemeinen Meckl. Arztvereins, herausgeben von Madelung Stuggard, 1885, 219 p. — MAGNUSSON. *Nogle Bemærkninger : Anledning af Tiefælde af Underlivets echinokokker operede efter Volkmanes Methode.* Hospit. Titende 4 k. III B a 9, 1895. — MALLEZ. *Des k. de la prostate.* Soc. Med. Prat. Paris 1879, p. 33. — MANASSE. *Echinokokken von den Harnwegen.* Centrall. f. die krankheit d. Harn. v. Sexual org, t. IX, 1898, p. 597-623. — MARCHAT. *Des k. hydat. du rein*, th. Paris 1901, 79 p. — *Collect. de cas.* Medic. Tim. a. Gaz. 1855, t. I, p. 159-161. — MEIER SONNTAG. *Ueber Echinococcus von Weiblichen Becken*, Inaug. Diss. Halle 1889, 65 p. — MEISSNER. *Beitr. z. Helminthologie*, Schmidt's Jahrb., t. CXXXIV, 1867, p. 33-51 ; et CLII, 1871, p. 87-194, obs. p. 113 ; *Beitr. z. Lehre v. droite Addisenschenkranheit, sowie d. Neben Nierenleiden und Pigmentkrankheituberhaupt*, Schmidt's Jahtb. t. CLIV, 1872, p. 28-40, obs. p. 35. — MELNIKOW-RASWEDENKOW. *Stüdien uber den Echinococcus alveolaris sive multilocularis*, in Beitr. z. pathol. Anat. und z. allgem. Path. (Ziegler), Supplém. 1901, 297 p., voir p. 295 fig. 56. — MERCIER. *Deux obs. de k. hydrat. traités par interv. chirurgic.* Union Med. du Canada 1900, p. 427-438. — MURCHINSON. *Leçons clin. sur les Mal. du Foie*, trad. franç. Cyr, Paris 1878, in-8.

NADESDIN. *Statistique russe relative à l'échinococcose*, Ann. Chir. Russe 1895, I, 42. — NEISSER. *Die Echinococcen-Krankheit.* Berlin 1877, in-8, 228 p. — NEYRET. *Des k. hydat. du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin*, th. Paris 1863, 51 p. — NICAISE (ÉDOUARD). *Rapport sur une obs. de k. hydat. de la prostate.* Bull. et Mém. Soc. Chir. 1884, p. 551-559.

PLANTY-MAUXION E. *Des k. de la prostate*, th. Paris 1878, 48 p. — POULTON B. *Some hydatid disease*, Australas. Medic. Gaz. 1896, p. 320. — PREINDLSBERGER. *Beitr. z. Nierenchirurgie.* Wien-Klin. Rundschau 1901, p. 177-179. — PUPOVAC. *Beitr. z. Casuistik v. Therapie des Echinococcns und besonders des Nierenechinococcus.* Wien. med. Wochenschr., t. XIV, 1901, p. 1173-1177.

RAYER. *Traité des Mal. des Reins*, 1841, t. III, p. 545-581. — RIBIERA Y SANS (J.). *De alcunas localizaciones no frequentes de los quistes hidatidicos : quiste hid. del cuerpo tiroides ; del rinon ; de la cavitad orbitarva : del antebrazo ; del mesocolon transverso.* Rev. de Med. y Cirug. pract. Madrid, t. XXXIX, 1891, p. 441-449, p. 481-487. — ROBERTS. *A practical treatise on connary and renal disease*, Londres 1865 in-8, 523 p., p. 412-493. — ROBERTSON. *Ueber den Leber echinococcus mit besonderer Berüchsichtigung seines abnormen Verlaufes und seiner Therapie.* Inaug. Diss. Freiburg 1890, 48 p. — ROCHE. *Quelques localisat. rares de l'échinococcose*, th. Lyon 1897, 124 p. — ROMESTAN. *Des k. hydat. des reins*, th. Paris 1881, 42 p. — ROSCHER. *Ueber die echinococcencyster der Niere und des perirenalen Gewebes.* Inaug. Diss. Freiburg von. Brug. 1898, 144 p. — RUSZCZYNSKI (NAPOLEON). *Ein Fall von Echinococcus der rechten Niere.* Inaug. Diss. Greifwald 1886.

SARRAZIN (ALBERT). *Ein Fall der Echinokokkus der rechten Niere und seine Heilung church Nephrectomie.* Inaug. Diss. Giessen 1904, 23 p. — SCHEDE. *Meine Erfahrungen über Nierenexstirpation.* Hambourg 1887. — SCHILLING TH. *Ueber Echinokokenflüsnkeit.* Zentrall. f. chir. Mediz. 1904, p. 832-836. — SCHMALFUSS. *Zur Leberechinococcus.* Inaug. Diss. Breslau 1868, 32 p. — SCHULTZE. *Zur Casuistik der Nierenechinococcus.* Inaug. Diss. Greifswald 1896, 35 p. — SÉRAPIN [*K. hydat. des reins*]. Ann. Chir. Russe 1898, n° 1. — SIMON (GUSTAW). *Die Echinococcuscytender Nieren und der perirenalen Bindegewebes*, Stuttg. 1877. — SPANGEMACHER. *De echinococcis in corpore humano repertis.* Gryph. 1866. — STINSON. *Renal hydatids report of a case.* Trans. Texas State Medic. Associat. 1900, Austin, p. 292-294.

Tabar. *Contribut. à la thérapeut. chirurgicale des k. hydat. du rein*, th. Lyon 1901. — Tédenat. *Des hématuries essentielles*. Associat. franç. Urologie 1899, p. 90-100. — Thierfelder (Theodor). *Ueber Entleerung von Echinokokken aus der Harnblase* (Beitr. v. Herczynski zur Wissenschaftlichen Me licenfertschrift gewidnes The Thurf.). — Thompson (Henry). *The diseases of the prostate, their pathology and treatment*, London 1861, 364 p., p. 288-292; *trad. franç. « Traité prat. malad. des voies urin. »* par Hue et Gignoux, Paris 1874, 775 p., p. 508-512. — Touren (Leopold). *Kystes du rein; variété rare*, th. Paris 1865, 140 p. — Trophimoff. [*Sur les procédés contemporains de traitement des k. hydat. de la cavité abdom.*]. Chirurgie, t. III, 1898, p. 399-411.

Vegas, voir Cranwell et Vegas.

Wagner (Paul). *Casuist. Beitr z. Nierenchirurgie*, Deutsch. Zeitschr. f. Chir. t. XXIV, 1886, p. 505-592 (obs. p. 549-553); *Neure Beitrage zur Nieren chirurgie*, Schmidt's Jahrl. t. CCXXXVI, 1892, p. 190-213 (obs. p. 204, 212); t. CCXLIV. 1894, p. 185-213 (obs. p. 207); t. CCLIV, 1897, p. 81-106 et 185-216 (obs. p. 84, 189); t. CCLXVI, 1900, p. 65-101 (obs. p. 74); *Zur Operation der Nierenechinococcus*, Zuelzer's Blatt 1894, p. 139-151. — Wiedemann Carl. *Zur Statistik der Echinococcen krankheiten in Vorpommern*. Inaug. Diss. Greifswald 1895, 148 p. — Witt Friedr. (S. G.). *Bericht über die Leisthungen in der Lehre von den Ento- und Epizoen, Ento-und Epiphyten*, Virchow's Jahresb. 1862, IV, p. 260-269. — Witte Otto. *De echinococco*. Inaug. Diss. Berlin 1862. — Wüthrich. *Ueber den Echinococcus der Niere und dessen Behandlung*. Inaug. Diss. Zurich, 1894. — Wyss. *Zwei Decennien Nieren chirurgie (aus der Züricher chirurg. Klin. der Prof. Krönlein*. Beitr. z. Klin. Chir. t. XXXII, 1901, p. 1-243 (obs. p. 7).

Ziege. *Beitrag. zur operativen Behandlung der Echinococcen in den organen der Bauchhöhle*. Inaug. Diss. Berlin 1887.

Nous arrêtons ici notre bibliographie, il nous reste environ 1 600 fiches relatives à des généralités dont le dépouillement et le classement n'ont pu être faits en temps utile. Le lecteur les trouvera publiées dans notre édition complète.

Coulommiers. Imp. Paul BRODARD. — 7-05.